

Adriana Boschi Moreira

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E PRÁTICAS DE SAÚDE  
DE SERVIDORES PÚBLICOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE  
ENSINO SUPERIOR**

Dissertação submetida ao Programa de  
Pós-Graduação em Psicologia da  
Universidade Federal de Santa  
Catarina para a obtenção do Grau de  
mestre em Psicologia.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Andréa Barbará  
da Silva Bousfield.

Florianópolis  
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Moreira, Adriana Boschi

Representações sociais e práticas de saúde de servidores públicos de uma instituição de ensino superior / Adriana Boschi Moreira ; orientadora, Andréa Barbará da Silva Bousfield - Florianópolis, SC, 2016.

173 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde.

Inclui referências

1. Saúde. 2. representações sociais. 3. servidores públicos federais. 4. práticas de saúde. 5. fatores de risco e proteção . I. Bousfield, Andréa Barbará da Silva. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde. III. Título.

*Adriana Boschi Moreira*

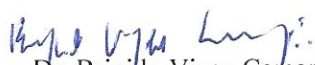
*Representações e práticas de saúde de servidores públicos de uma  
instituição de ensino superior.*

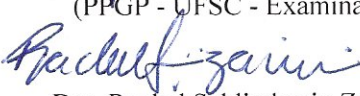
Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

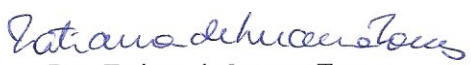
Florianópolis, 31 de Março de 2016.

  
Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré  
(Coordenadora - PPGP/UFSC)

  
Dra. Andréa Barbará S. Bousfield  
(PPGP - UFSC - Orientadora)

  
Dr. Brígido Vizeu Camargo  
(PPGP - UFSC - Examinador)

  
Dra. Rachel Schlindwein Zanini  
(MPSM - UFSC - Examinadora)

  
Dra. Tatiana de Lucena Torres  
(PPGP - UFRN - Examinadora)

Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré  
(PPGP - UFSC - Suplente)



Este trabalho é dedicado a todos  
os servidores públicos e, em especial,  
aos trabalhadores da Universidade  
Federal de Santa Catarina.



## AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família – pai Armando, mãe Lorena, tio Cezar e irmã Aline – o constante carinho e incentivo à conclusão desse projeto. Em especial, agradeço a gigantesca paciência que têm comigo cotidianamente.

Ao meu namorado Vinícius, agradeço a parceria, seu amor e a dedicação ao me auxiliar com a tabulação dos dados – ficou perfeita. Agradeço à sua família a prazerosa convivência.

Agradeço à minha orientadora, Professora Andréa Barbará da Silva Bousfield, a tarefa árdua de orientar uma mestranda sem dedicação exclusiva ao Programa, em um período de intensas mudanças na vida de ambas. Agradeço imensamente sua dedicação, disponibilidade e preocupação, sem falar nos “puxões de orelha” e aconselhamentos, sem os quais não seria possível meu aprendizado nesse processo. Obrigada por compartilhar seu conhecimento e trilhar essa jornada comigo.

Ao Professor Brígido Vizeu Camargo, agradeço a oportunidade de, durante minha Graduação, integrar como bolsista de iniciação científica, sob sua supervisão, a equipe do Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição (LACCOS), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Esse momento foi fundamental para instigar ainda mais minha vontade em aprender e realizar pesquisas de qualidade e relevância social. Agradeço à equipe do LACCOS, em especial, às colegas Larissa Antunes, Bruna Berri e Ana Maria Justo o apoio e disponibilidade em me auxiliar.

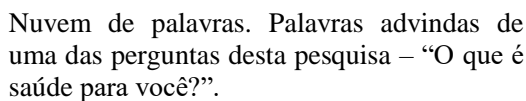
Agradeço aos membros da banca examinadora, Professores Brígido Vizeu Camargo, Rachel Schlindwein Zanini e Tatiana de Lucena Torres, o aceite em participar e contribuírem para esta dissertação.

Agradeço aos meus colegas e professores de Graduação e Pós-Graduação a companhia durante as aulas. Foram momentos de aprendizado, temperados com seriedade e responsabilidade, mas também com risadas e piadas, tornando a academia um local atraente para se estar. Também agradeço aos trabalhadores da Secretaria e Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia a qualidade dos serviços prestados.

Agradeço minha condição de integrante do corpo funcional da UFSC. Os objetivos desse trabalho começaram a ser gestados enquanto trabalhava no Departamento de Atenção à Saúde da Secretaria de Gestão de Pessoas dessa Instituição.

Aos participantes, agradeço a contribuição e a permissão concedida para a utilização de seus dados. Por fim, agradeço a todos que influenciaram, de alguma maneira, a conclusão desse projeto, em especial, minha melhor amiga, Bruna.







Moreira, Adriana Boschi. (2016). Representações sociais e práticas de saúde de servidores públicos de uma instituição de ensino superior. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC).

## RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi investigar a relação entre as representações sociais (RS) sobre “saúde”, sobre “práticas de saúde” e a adoção de práticas de saúde de servidores públicos. Para isso, foram descritas as representações sociais de saúde e de práticas de saúde, caracterizadas as práticas de saúde dos participantes e, por fim, comparadas as representações sociais desses dois objetos com as práticas de saúde adotadas. Participaram da pesquisa 132 servidores públicos de uma Instituição de Ensino Superior brasileira, sendo 12 participantes de cada um dos seus 11 centros de ensino, pareados por categoria profissional (técnico-administrativo em educação e docente) e sexo (masculino e feminino). Para a coleta de dados, foi aplicado um questionário composto por questões abertas e de associação de palavras, a partir dos termos indutores “saúde” e “práticas de saúde”; e questões fechadas para caracterização dos participantes, suas práticas de saúde – uso de álcool e tabaco, prática de atividade física e alimentação – e autoavaliações de saúde. Para a análise de dados formais, empregou-se a estatística descritiva e inferencial, com o auxílio do *software* Stata IC 12. Para a análise de dados textuais, empregaram-se a análise de conteúdo do tipo temático-categorial e, por meio do *software* IRaMuTeQ, as análises lexicográfica e de classificação hierárquica descendente. Os resultados obtidos apontam que a concepção compartilhada de saúde está relacionada ao cuidado do corpo (físico) e da mente (subjetivo), aspectos amplamente divulgados no universo científico e incorporados no universo consensual. O objeto “práticas de saúde” não configurou uma representação social diferente da RS de “saúde”, visto que apresentou elementos organizadores iguais. Apesar do amplo conhecimento dos participantes acerca de saúde e das práticas que devem ser adotadas para uma vida saudável, verificou-se que fatores socioeconômicos, as condições de trabalho, a categoria profissional de pertença e variáveis constitucionais (sexo e idade) apresentaram maior valor preditivo à adoção de práticas saudáveis entre os participantes.

**Palavras-chave:** representações sociais. Saúde. Práticas de saúde. Fatores de risco e proteção à saúde. Álcool. Tabaco. Atividade física. Alimentação. Servidores públicos. Instituição de ensino superior brasileira. Autoavaliação da saúde.

Moreira, Adriana Boschi. (2016). Social representations of health and health practices of civil servants of a higher education institution. Thesis (Master in Psychology). Graduate Program in Psychology. Federal University of Santa Catarina. Florianopolis (SC).

## ABSTRACT

The objective of this research was to investigate the relationship between social representations (SR) of "health", of "health practices" and the adoption of civil servants health practices. It was described the social representations of health and health practices, characterized the health practices of the participants and finally compared the social representations of these two objects with health practices. The participants were 132 civil servants of a BRAZILIAN higher education institution, with 12 participants from each of its 11 teaching centers, matched by professional category (administrative employees and professors) and gender (male and female). To collect data, it was applied a questionnaire with open-ended questions and word association questions, using key terms "health" and "health practices"; and closed questions to characterize the participants, their health practices – use of alcohol and tobacco, physical activity and nutrition – and self-rated health. For the analysis of the quantitative data, it was used descriptive and inferential statistics, employing Stata IC 12 *software*. For the analysis of qualitative data, a thematic-categorical type analysis was used for the content, and classic lexicographical analysis and Descending Hierarchical Classification analysis was made employing IRaMuTeQ *software*. The results indicate that the shared health conception is related to body care (physical) and mind care (subjective), widely publicized aspects in the scientific universe and incorporated in the common sense. The object "health practices" does not set a different social representation of "health", as presented equal organizing elements. Despite the extensive knowledge of the participants about health and the practices that should be adopted for a healthy life, it was found that socioeconomic factors, working conditions, professional category and constitutional variables (gender and age) showed greater predictive value for adoption of healthy practices among participants.

**Keywords:** social representations. Health. Health practices. Risk and protective factors for health. Alcohol. Tobacco. Physical activity.

Nutrition. Civil servants. BRAZILIAN higher education institution.  
Self-rated health.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1. Distribuição dos participantes conforme renda familiar e categoria profissional .....	84
Tabela 2. Prevalência de diagnóstico médico de doenças crônicas não transmissíveis e fatores relacionados .....	98
Tabela 3. Categorização dos elementos temáticos referentes às respostas obtidas sobre qual (is) relação (ões) entre a condição de saúde do participante e seu trabalho.....	107
Tabela 4. Distribuição das razões referidas para não praticar atividade física por categoria profissional e sexo. ....	126





## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Os principais determinantes de saúde. ....	45
Figura 2. Quadro com síntese de informações acerca dos 7 artigos analisados .....	63
Figura 3. Palavras sinônimas repetidas nos estudos de evocação livre. ....	70
Figura 4. Apresentação esquemática da quantidade de participantes, entre parênteses, por Unidade Universitária, categoria profissional e sexo. ....	77
Figura 5. Diagrama de quadrantes de elementos da representação social de saúde.....	86
Figura 6. Árvore máxima da representação social de saúde.....	88
Figura 7. Dendograma da classificação hierárquica descendente do corpus "Saúde". ....	90
Figura 8. Diagrama de quadrantes de elementos da representação social de práticas de saúde.....	94
Figura 9. Árvore máxima da representação social de práticas de saúde.....	96
Figura 10. Mensagem de agradecimento pela participação nessa pesquisa. ....	173
Figura 11. Coleta de dados no Centro de Ciências Biológicas.....	173



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CCA – Centro de Ciências Agrárias  
CCB – Centro de Ciências Biológicas  
CCE – Centro de Comunicação e Expressão  
CCJ – Centro de Ciências Jurídicas  
CCS – Centro de Ciências da Saúde  
CDS – Centro de Desportos  
CED – Centro de Ciências da Educação  
CEPSH – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador  
CFM – Centro de Ciências Físicas e Matemáticas  
CHD – Classificação Hierárquica Descendente  
COGSS – Coordenação-Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor  
CSDH – Commission on Social Determinants of Health  
CSE – Centro Socioeconômico  
CTC – Centro Tecnológico  
CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde  
DORT – Distúrbio Osteomuscular relacionado ao trabalho  
IDB – Indicadores e Dados Básicos para a Saúde  
IES – Instituição de Educação Superior  
IMC – Índice de Massa Corpórea  
JIRS – Jornadas Internacionais sobre Representações Sociais  
MS – Ministério da Saúde  
NIOSH – Instituto Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional dos Estados Unidos da América  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde  
OPS – Organización Panamericana de la Salud  
PAHO – Pan American Health Organization  
PASS – Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal  
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde  
RS – Representação Social  
SIASS – Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor  
SIPEC – Sistema de Pessoal Civil  
SISOSP – Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TAE – Técnico-administrativo em Educação

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS – Teoria das Representações Sociais

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

VIGITEL – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

WHA – World Health Assembly

WHO – World Health Organization

## Sumário

1. INTRODUÇÃO .....	23
2. OBJETIVOS .....	27
2.1 OBJETIVO GERAL .....	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
3. REVISÃO DE LITERATURA .....	29
3.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS .....	29
3.1.1 Abordagem estrutural da TRS.....	34
3.1.2 Representações e práticas sociais.....	38
3.2 CONCEITO DE SAÚDE.....	41
3.2.1 Fatores de risco e proteção à saúde .....	46
3.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SAÚDE.....	61
3.4 SAÚDE E TRABALHO .....	71
4. MÉTODO.....	76
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA .....	76
4.2 PARTICIPANTES .....	76
4.3 CAMPO DE PESQUISA .....	79
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	79
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS .....	80
4.6 ANÁLISE DE DADOS .....	81
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	83
5. RESULTADOS.....	84
5.1 DESCRIÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	84
5.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DE PRÁTICAS DE SAÚDE.....	85
5.2.1 Representações sociais de saúde .....	85
5.2.2 Representações sociais de práticas de saúde.....	93
5.3 PRÁTICAS DE SAÚDE.....	97
5.3.1 Autoavaliação do estado de saúde e qualidade de vida.....	97
5.3.2 Morbidade referida e fatores relacionados .....	98
5.3.3 Alimentação e fatores de risco relacionados.....	98
5.3.4 Atividade física .....	101
5.3.5 Uso de tabaco.....	104
5.3.6 Uso abusivo de álcool .....	104
5.3.7 Informações e serviços de saúde .....	105
5.3.8 Relação entre saúde e trabalho.....	106
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	110
6.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DE PRÁTICAS DE SAÚDE.....	110
6.1.1 Representações sociais de saúde .....	110

6.1.2 Representações sociais de práticas de saúde.....	113
6.2 PRÁTICAS DE SAÚDE .....	115
6.2.1 Autoavaliação do estado de saúde e qualidade de vida.....	115
6.2.2 Morbidade referida e fatores relacionados.....	118
6.2.3 Alimentação e fatores de risco relacionados.....	121
6.2.4 Atividade Física .....	125
6.2.5 Uso de tabaco.....	127
6.2.6 Uso abusivo de álcool .....	129
6.2.7 Informações e serviços de saúde.....	131
6.3 RELAÇÃO ENTRE AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE, REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE PRÁTICAS DE SAÚDE E A ADOÇÃO DE PRÁTICAS DE SAÚDE DOS PARTICIPANTES.....	133
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	135
8. REFERÊNCIAS.....	143
APÊNDICES .....	163
APÊNDICE A – Questionário .....	163
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido .....	171
APÊNDICE C – Ilustração procedimento de coleta de dados .....	173

## 1. INTRODUÇÃO

Imagine um grupo internacional diversificado, composto por 1.000 indivíduos e representativo de mulheres, homens e crianças de todo o mundo, que morreram em 2011. Desses 1.000 indivíduos, 141 seriam provenientes de países de baixa renda, 368 de média-baixa renda, 322 de média-alta renda e 169 de alta renda. Desses 1.000 indivíduos, 153 teriam menos de 15 anos de idade, 412 teriam entre 15-69 anos e 435 teriam 70 anos ou mais. Mais da metade (517) dessas 1.000 mortes teriam sido causadas por estas 10 condições: doença isquêmica do coração, acidente vascular encefálico, infecção respiratória inferior, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças diarreicas, HIV/SIDA, câncer de traqueia, brônquios e pulmão; diabetes mellitus, lesões devidas ao trânsito e prematuridade (WHO, 2013a).

As maneiras como sujeitos e coletividades organizam suas vidas e elegem determinados modos de viver vêm sendo modificadas pelas transformações econômicas, políticas, sociais e culturais produzidas pelas sociedades humanas ao longo do tempo. Se por um lado essas mudanças facilitam, por outro lado dificultam o acesso das populações a condições de vida mais favoráveis à saúde e, portanto, refletem diretamente na alteração dos padrões de saúde e adoecimento (Brasil, 2008a). A saúde mundial está sendo influenciada por três tendências – o envelhecimento da população, a urbanização rápida e não planejada, e a globalização – as quais vêm repercutindo em ambientes e comportamentos não saudáveis. Como resultado, a crescente prevalência de doenças não transmissíveis e seus fatores de risco se tornaram uma questão mundial (WHO, 2010).

Em 2011, a principal causa de morte no mundo (equivalente a dois terços) foram as doenças não transmissíveis (as quatro principais foram as doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes e doenças pulmonares crônicas), o que correspondeu a um aumento de 60% em relação ao ano 2000 (WHO, 2013a). Mais de 9 milhões de mortes ocorreram antes da idade de 60 anos e poderiam ter sido, em grande parte, evitadas (WHO, 2011a). Quase 80% das mortes no mundo, em 2011, ocorreram em países de baixa e média renda. Somente as doenças cardiovasculares mataram quase 17 milhões de pessoas, equivalendo a 3 em cada 10 mortes. Dessas 17 milhões de pessoas, 7 milhões morreram em decorrência de doença isquêmica do coração e 6,2 milhões de acidente vascular encefálico (WHO, 2013a).

Com base em dados provenientes do continente Americano, entre os anos 2000 e 2009, estima-se que quase 11 milhões de pessoas

morreram prematuramente, na região, em decorrência de causas passíveis de cuidados de saúde. As causas mais frequentes foram por doenças cardiovasculares (45%), cânceres (21%) e doenças maternas e perinatais (13%) (PAHO/WHO, 2013). Embora as doenças não transmissíveis, especialmente as doenças cardiovasculares, os cânceres, a diabetes e as doenças respiratórias crônicas, sejam as principais causas de mortalidade e custos com cuidados de saúde evitáveis na região das Américas, continuam a ser baixas as ações relacionadas com estilos de vida saudáveis, como a promoção de atividade física, dieta saudável, controle do tabaco e do álcool (OPS, 2013).

No Brasil, entre 1996 e 2009, a proporção de mortes por doenças infecciosas e parasitárias caiu de 5,8% para 4,3%. Por outro lado, aumentou-se a proporção de mortes por cânceres, de 11,4% para 15,7%; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, de 0,4% para 6,2%; e doenças do sistema circulatório, de 27,5% para 28,7%. Em 2010, do total de mortes, cerca de 70% corresponderam a doenças crônicas não transmissíveis (OPAS, 2012).

Assim como as causas específicas de mortalidade e morbidade, os fatores de risco constituem, dentre outros, indicadores de saúde e são utilizados em esfera nacional, regional e mundial (WHO, 2009; WHO, 2011a; WHO, 2011b; WHO, 2013b; Brasil, 2012a; Brasil, 2013a; OPS, 2013; OPAS, 212). Tomados em conjunto, esses indicadores fornecem um resumo abrangente da situação atual de saúde nos países e do funcionamento de seus sistemas nacionais de saúde (WHO, 2013b). Nesta pesquisa, conquanto existam muitas definições possíveis para “riscos para a saúde”, utiliza-se esta definição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO – World Health Organization, na sigla em inglês): “um fator que aumenta a probabilidade de resultados adversos para a saúde” (WHO, 2009). Os fatores de risco evitáveis marcam a maioria das doenças não transmissíveis, sendo que o principal fator de risco para a mortalidade mundial é a pressão arterial elevada (hipertensão arterial) (13%), seguida pelo tabagismo (9%), glicemia elevada (hiperglicemia) (6%), inatividade física (6%) e sobrepeso e obesidade (5%) (WHO, 2009).

Considerando que os fatores de risco são a principal causa de morte e incapacidade em quase todos os países, independente da condição econômica, compreender o papel desses fatores é importante para o desenvolvimento de estratégias claras e eficazes para melhorar a saúde em âmbito local e mundial. Estes oito fatores de risco – uso nocivo de álcool, uso de tabaco, hipertensão arterial, índice de massa corporal elevado, colesterol elevado, hiperglicemia, baixa ingestão de



frutas e hortaliças e inatividade física – são responsáveis, no mundo, por 61% das mortes por doenças cardiovasculares. Combinados, esses mesmos fatores são responsáveis por mais de três quartos das doenças isquêmicas do coração: a principal causa de morte em todo o mundo. Reduzindo a exposição a esses fatores de risco, a expectativa de vida mundial aumentaria em quase 5 anos (WHO, 2009).

Individualmente e em grupos, as pessoas tentam se envolver em atividades que acreditam contribuir para a sua saúde, como também tentam evitar atividades ou circunstâncias que veem como potencialmente prejudiciais. Implícitas nesses comportamentos, existem teorias ou, mais precisamente, coleções de hipóteses causais acerca de determinantes da saúde (Evans & Stoddart, 1990). Na perspectiva desta pesquisa, a Teoria das Representações Sociais (TRS), de Serge Moscovici (1976/2012), torna-se o aporte central, visto que por meio das representações sociais os grupos vão estabelecer formas particulares de lidar com os fenômenos cotidianos, neste caso, com a saúde. As representações sociais podem ser compreendidas como conjuntos de conceitos, proposições e explicações que correspondem a uma modalidade de conhecimento específico. São saberes de senso comum, que orientam a comunicação, a compreensão e o domínio do entorno social, material e ideal (Jodelet, 2001).

Tendo em vista que as pessoas nem sempre adotam estilos de vida que vão ao encontro de comportamentos saudáveis (Stroebe & Stroebe, 1995) e que, no Brasil, privilegiaram-se estudos de coorte de populações mais jovens, de idosos ou de portadores de alguma enfermidade (Faerstein, Chor, Lopes, e Werneck, 2005), considerou-se relevante, do ponto de vista social, compreender os significados de saúde e identificar quais são as práticas de saúde adotadas por indivíduos em idade laboral, a fim de proteger e promover a saúde desse grupo. Especificamente, selecionou-se a população de servidores públicos, devido à lacuna de ações direcionadas à sua saúde, em relação às direcionadas aos trabalhadores vinculados às organizações privadas (Rammingier & Nardi, 2007). Do ponto de vista científico, esta pesquisa contribui para a compreensão das relações entre o fenômeno das representações e práticas sociais, propiciando um maior entendimento da relação entre o pensamento social e a prática cotidiana.

Considerando que saúde não significa a mesma coisa para todas as pessoas e que, nestes significados, interferem a época, o local, questões sociais, políticas e culturais (Scliar, 2007), questiona-se: qual a relação entre as representações sociais sobre saúde, representações sociais sobre práticas de saúde e a adoção de práticas de saúde de

servidores públicos de uma Instituição de Ensino Superior (IES) brasileira?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Investigar a relação entre as representações sociais sobre saúde, representações sociais sobre práticas de saúde e a adoção de práticas de saúde de servidores públicos de uma Instituição de Ensino Superior brasileira.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever o conteúdo e a estrutura das representações sociais dos participantes sobre saúde;
- Descrever a estrutura das representações sociais dos participantes sobre práticas de saúde;
- Caracterizar as práticas de saúde dos participantes;
- Relacionar as representações sociais sobre saúde, representações sociais sobre práticas de saúde e a adoção de práticas de saúde dos participantes.



### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A TRS surgiu na Europa, a partir de uma pesquisa realizada por Serge Moscovici, em 1961, sob o título “*La Psycanalyse: Son image et son public*”, a qual investigou como a teoria psicanalítica se difundiu e se transformou de forma diferenciada entre os grupos da sociedade parisiense da época. Durante uma década, a TRS ficou adormecida no mundo científico e somente nos anos de 1970 passou a suscitar o interesse de pesquisadores da área da Psicologia, Sociologia, Antropologia, Filosofia e História (Nóbrega, 2003).

Moscovici, primeiro a estudar o fenômeno das representações sociais (RS), resgatou Durkheim e elaborou a TRS com base no conceito de representações coletivas. Segundo Moscovici (1976/2012), as representações coletivas de Durkheim seriam formas homogêneas e estáveis de compreensão coletiva, podendo servir para integrar a sociedade como um todo. Além disso, constituiriam uma classe muito geral de fenômenos psíquicos e sociais, compreendendo ciência, religião, mitos, modalidades de tempo e espaço, etc. Por sua vez, as representações sociais dizem respeito a um fenômeno de criação coletiva, em condições de modernidade, caracterizadas pela dinamicidade, heterogeneidade e por se referirem a grupos característicos. São fenômenos específicos que estão relacionados com um modo particular de compreender e de se comunicar. O novo termo representa uma mudança de postura: o que antes era visto como um conceito passa a ser considerado como um fenômeno.

A partir dessa pesquisa inicial, o próprio Moscovici (1976/2012) e autores como Abric (2003), Camargo (2005), Campos e Rouquette (2003), Doise (2001), Jodelet (2001), Nascimento-Schulze e Camargo (2000), Sá (1998), Vala (2000; 2004; 2006), dentre outros, vêm contribuindo para a ampliação da perspectiva teórica e metodológica da TRS.

Segundo Vala (2006) a TRS é uma teoria científica sobre os processos por meio dos quais os indivíduos, em interação social, constroem explicações acerca dos objetos sociais. Essa teoria é um desenvolvimento da corrente sociopsicológica denominada de pensamento social (Wachelke & Camargo, 2007). De acordo com esses autores, é uma abordagem que procura compreender a forma com que as pessoas pensam no cotidiano e corresponde a “uma dentre outras

variedades de construtos do senso comum, juntamente com ideologias, atitudes, *nexus*, imagens sociais, etc.” (p. 380).

A TRS apresenta suas raízes, de acordo com Almeida e Santos (2011), tanto na Sociologia de Durkheim e na Antropologia de Lévy-Bruhl quanto na Psicologia construtivista de Piaget e sócio-histórica e cultural de Vygotsky. Conforme Palmonari e Cerrato (2011), a TRS foi formulada como alternativa à maneira dominante de se conceber a Psicologia Social, propondo-se como uma nova abordagem para compreender o comportamento humano no seio de uma sociedade ocidental, a qual mudou e está dominada pelo conhecimento, pela comunicação de massa, pela globalização e pela crescente complexidade.

As RS são definidas como um conjunto de conceitos, proposições e explicações correspondentes a uma modalidade de conhecimento específico, socialmente elaborado e partilhado, que possibilita uma orientação prática e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (Jodelet, 1989). Uma RS é um saber de senso comum, que orienta a comunicação, a compreensão e o domínio do entorno social, material e ideal (Jodelet, 1984; 2001). Para Moscovici (1976/2012), as RS são formadas para tornar familiar o insólito, permitindo que se dê sentido aos fatos novos ou desconhecidos. O autor acentua que as RS possibilitam que as pessoas signifiquem a sociedade e o universo a que pertencem.

São condições de existência de uma RS o universo consensual e o reificado. Moscovici (1981) definiu o universo consensual como sendo aquele onde o conhecimento de assuntos (sobre os quais não se é especialista) é compartilhado livremente, sendo todos os membros desse universo de igual valor. No universo reificado, por sua vez, existe um sistema de papéis e hierarquias, sendo que a participação é determinada pela qualificação do indivíduo. Nesse universo, o conhecimento veiculado diz respeito ao conhecimento científico, especializado. Assim, as RS emergem na interação entre esses dois universos, uma vez que os conhecimentos científicos, advindos do universo reificado, articulam-se com a cultura e os saberes populares, tornando esse conhecimento acessível à população e constituindo o universo consensual.

Portanto, as RS consistem em um tipo de conhecimento diferenciado do conhecimento científico, podendo ser consideradas objeto de estudo legítimo devido à importância na vida social e ao potencial para a elucidação dos processos cognitivos. Enquanto fenômeno típico da sociedade moderna, as representações sociais são dependentes dos processos comunicativos. A comunicação é vetor de

transmissão da linguagem, que incide sobre aspectos estruturais e formais do pensamento social (Jodelet, 2001).

O advento da comunicação em massa, mais especificamente, possibilitou a difusão de diferentes formas de conhecimento, contribuindo para a formação de uma sociedade pensante, capaz de articular diversos fragmentos de conhecimentos para formar representações sociais (Moscovici, 1976/2012). Por comunicação de massa, entende-se o conjunto de meios que permite difundir semelhantes informações a grupos numerosos e heterogêneos (Fischer, 1996). A presença desses meios de comunicação social tornou-se cada vez mais intensa na sociedade moderna, fazendo circular objetos de debate social e oferecendo uma alternativa, além das relações face a face, à circulação das RS (Camargo, 2003).

Em relação ao conhecimento científico, após sua divulgação em canais especializados, as notícias científicas são veiculadas em canais mais populares, como jornais e televisão (Bauer, 1994). Desse modo, o conjunto dos meios de comunicação social de massas, a mídia, detém a função de elencar e direcionar os temas sobre os quais as pessoas devem pensar e discutir (Wolf, 1999). Assim, configura-se como uma fonte importante de informações acerca do pensamento social, que orienta a construção das representações (Ordaz & Vala, 1997).

A definição de RS como uma forma de conhecimento social pressupõe, de acordo com Almeida e Santos (2011), a existência de três aspectos: a comunicação, a *re* (construção) do real e o domínio do mundo. *Comunicação*, pois as RS oferecem às pessoas um código tanto para suas trocas como para nomear e classificar as partes de seu mundo, sua história individual e coletiva (Moscovici, 1976/2012). Também porque as RS são partilhadas no decurso da comunicação interindividual, circulando nos discursos e veiculadas na mídia por meio de mensagens e imagens (Jodelet, 2001). *Re (construção) do real*, porque é na dinâmica comunicação-representação que os sujeitos reconstróem a realidade cotidiana. As RS participam da construção da realidade, a qual somente existe nas interações dos indivíduos e grupos com os objetos sociais. *Domínio do mundo*, pois as RS têm uma orientação prática, que permite ao indivíduo situar-se no mundo e dominá-lo.

Na medida em que a realidade social é construída, a noção de representação constitui uma peça fundamental para a sua análise (Rouquette, 2005). O ato de representar é um ato de pensamento por meio do qual um sujeito se relaciona com um objeto. Representar é “substituir a”, “estar em lugar de”, aproximando-se da noção de

símbolo, signo. Representar também significa fazer presente na mente, na consciência (Jodelet, 1986). Nesse sentido, a representação é uma reprodução mental de uma coisa, seja pessoa, objeto, acontecimento material ou psíquico, etc. Em uma representação, temos um conteúdo mental concreto de um ato de pensamento que restitui simbolicamente algo ausente (Jodelet, 1984). Portanto, toda RS é representação de algo.

Acrescenta-se também o fato de que uma RS é sempre sustentada por alguém (Bauer, 1994), por isso é fundamental identificar o grupo que as veicula, situar seu conteúdo simbólico no espaço e tempo, bem como relacioná-la funcionalmente a um contexto intergrupal característico. Por isso, podem existir diferentes representações do mesmo objeto, de modo que as diferenças relacionam-se diretamente com as atividades do grupo e com sua segmentação cultural. Portanto, mesmo sendo um fenômeno social, a RS tem abrangência limitada, sendo ligada a contextos sociais específicos (Moscovici, 1976/2012).

Ao se representar determinado objeto, Moscovici (1976/2012) compreende que é realizada uma síntese de diversos fragmentos de saberes e impressões. A partir dessa ideia, o autor propôs que uma RS é composta pela articulação de três componentes, ou dimensões: a informação, a atitude e o campo ou imagem representacional. A *informação* diz respeito à organização dos conhecimentos que um grupo possui sobre um determinado objeto social e condiciona o tipo de representação sobre ele. A *atitude* se refere ao componente afetivo, ligado à tomada de posição, favorável ou contrária, dos grupos frente ao objeto. O *campo* se refere ao conteúdo concreto e limitado de um aspecto do objeto representado, em que há uma unidade hierarquizada de elementos.

Uma RS, cujo objeto é compartilhado por um determinado grupo, deve ser estruturada por meio de processos cognitivos socialmente regulados, chamados de objetificação e ancoragem. O processo de *objetificação*, que envolve três momentos – construção seletiva, esquematização e naturalização – refere-se à forma de organização dos elementos constituintes da representação e “ao percurso através do qual tais elementos adquirem materialidade e se tornam expressões de uma realidade pensada como natural” (Vala, 2004, p. 465).

A construção seletiva é o primeiro momento do processo de objetificação, em que as informações, ideias e crenças acerca de um objeto representacional passam por um processo de seleção, descontextualização e reorganização de seus elementos em um todo coerente. A esquematização, segundo momento desse processo, corresponde à organização dos elementos em torno de um padrão ou



esquema de relações estruturadas, que é revestido de uma dimensão imagética ou figurativa. Durante o terceiro momento, de naturalização, os elementos retidos no esquema figurativo, e suas relações, adquirem materialidade, constituindo-se como categorias naturais. Desse modo, o que era abstrato se torna concreto, por meio da sua expressão por imagens e metáforas; o percebido converte-se no real, tornando equivalente a realidade e os conceitos (Vala, 2006).

A *ancoragem* corresponde ao processo de organização e classificação e é responsável por transformar o não familiar em familiar, apresentando-se de forma dinâmica junto ao processo de objetificação – tanto o precede, quanto o sucede. O processo de ancoragem possibilita que algo desconhecido seja incorporado à rede de categorias, permitindo compará-lo a algo que já faz parte dela. A partir da referência a experiências e esquemas de pensamentos já estabelecidos é que o objeto pode ser pensado (Vala, 2006).

Segundo Moscovici (1976/2012), as RS têm um objetivo prático: elas auxiliam na resolução de problemas, dão formas às relações sociais e oferecem um instrumento de orientação para os comportamentos. Desse modo, as representações sociais permitem aos atores sociais compreenderem e explicarem a realidade (função de saber), definirem uma identidade (função identitária), possuírem um guia para suas práticas (função de orientação) e justificarem tomadas de posições (função justificadora) (Abric, 1998). Quanto à função de orientação, Rouquette (1998) assinala que ao mesmo tempo em que as RS condicionam e guiam as práticas, estas, por sua vez, também são agentes de transformação de representações.

Esta relação entre conhecimento social e práticas sociais foi alvo de estudo de pesquisadores preocupados com o avanço teórico-metodológico das representações sociais (Abric, 2003; Campos, 2003; Guimelli, 2003; Rouquette, 1998; Wachelke & Camargo, 2007; Camargo & Bousfield, 2014). Segundo Guimelli (2003), quando eventos considerados pertinentes e possuidores de um valor referencial modificam as circunstâncias nas quais um grupo se encontra, suas práticas sociais se transformam e, em consequência, algumas novas práticas aparecem. Por conseguinte, as práticas novas vêm ativar os esquemas que as prescrevem e, observa-se, progressivamente, uma mudança no estado de uma representação.

Conforme Abric (1998), o sucesso da TRS deve-se à renovação do interesse pelos fenômenos coletivos e, em especial, pelas regras que regem o pensamento social. Dos estudos que utilizam a TRS, distinguem-se diferentes abordagens, as quais focalizam aspectos

distintos do fenômeno das RS e, desse modo, não são excludentes, uma vez que advêm todas de uma mesma matriz básica, a qual não é menosprezada (Sá, 1998).

A TRS tem estimulado o surgimento de diferentes escolas de pensamento e várias abordagens empíricas (Galli, 2006). A abordagem mais tradicional da TRS – a dimensional – foi proposta por Moscovici, em 1961. Segundo essa abordagem, uma representação social possui três dimensões (informação, atitude e campo representacional), as quais já foram descritas. A abordagem dinâmica, utilizada no estudo de Denise Jodelet, de 1989, sobre as representações sociais da Loucura, busca compreender o modo como as RS são construídas. A escola de Genebra, cujo expoente foi Willian Doise, dedica-se ao estudo do processo de ancoragem, configurando a abordagem denominada de “genética”. A abordagem dialógica, de Ivana Markova, cuja epistemologia é construtivista, abrange estudos que relacionam a TRS e a noção de *themata*. Por fim, a abordagem estrutural teve início na Escola de Midi (*Aix-en-Provence*), principalmente com Jean-Claude Abric e Claude Flament, cujo foco dos estudos é o processo de objetificação, segundo o pressuposto de que se captam as RS por meio de conceitos (Wachelke & Camargo, 2007). A abordagem estrutural, foco desta pesquisa, será apresentada na subseção seguinte.

### 3.1.1 Abordagem estrutural da TRS

A partir de sua tese de doutorado “*Jeux, conflits et représentations sociales*”, Jean-Claude Abric, em 1976, baseou-se na hipótese da Teoria do Núcleo Central para a configuração da abordagem estrutural. Abric (1998) afirma que uma RS é um conjunto organizado e estruturado de informações, crenças, opiniões e atitudes, que compõe um sistema sociocognitivo específico. Essa organização estrutural possui natureza hierárquica e, portanto, os sistemas de cognições interligados se diferenciam quanto às suas naturezas e funções relativas à representação.

A Teoria do Núcleo Central, de acordo com Sá (1996), constitui-se em uma abordagem complementar à “grande teoria” psicossociológica proposta por Moscovici e proporciona descrições mais detalhadas das estruturas hipotéticas e explicações de seu funcionamento, sendo de grande importância para o refinamento conceitual, teórico e metodológico do estudo das RS.

Conforme a abordagem estrutural, uma RS é constituída por ideias simples, ou seja, unidades cognitivas de significado básico,

denominadas cognemas (Codol, 1969) ou elementos. Segundo esse enfoque, uma RS se configura como um conjunto de elementos, referentes a um objeto social, o qual forma uma estrutura integrada de conhecimento compartilhado por um grupo (Wachelke, 2012).

Especificamente em relação à sua estrutura, uma RS é formada por dois sistemas de cognições: o sistema central e o sistema periférico (Abric, 1998; 2003). O sistema central, ou núcleo central, compreende os elementos-chave, em quantidade limitada, que determinam a identidade da representação. Segundo Abric (2003), são características desse sistema: 1- elementos não equivalentes entre si, mas hierarquizados, ou seja, alguns têm mais importância que outros (são mais centrais). De acordo com Campos (2003), para a definição da centralidade de um elemento da representação, é necessário utilizar tanto critérios quantitativos quanto qualitativos, pois não é somente a presença predominante de um elemento que define sua centralidade, e sim, a conjugação desse critério com a significação que o elemento traz à representação; 2- possuir tanto elementos normativos – originados nos sistemas de valores – como elementos funcionais, ligados ao posicionamento do objeto dentro das práticas sociais e às suas características descritivas. A existência desses dois tipos de elementos (normativos e funcionais) confere ao núcleo um duplo papel: avaliativo e ao mesmo tempo pragmático. Campos e Rouquette (2003) também destacam a dimensão afetiva dos elementos centrais de uma RS, ou seja, elementos que têm uma característica atributiva, à medida que influenciam, organizam ou determinam cognições ou comportamentos avaliativos.

De acordo com Abric (2003), o sistema central possui estas três funções essenciais: estabilizadora, geradora e organizadora. Estabilizadora, porque contém os elementos mais estáveis da representação, o que significa que são resistentes a mudanças. Asseguram, segundo Campos e Rouquette (2003), a continuidade da representação em contextos móveis e evolutivos. É por meio desses elementos que os demais, os quais não fazem parte do núcleo, ganham um significado, um valor (função geradora do núcleo central). Já a função organizadora unifica a representação, determinando a natureza da união entre seus elementos (Abric, 2003).

Quanto ao funcionamento do núcleo central, o qual possui um conteúdo estável, com circunscrito número de elementos, Abric (2003) compreende que esses elementos podem ter diferentes graus de utilização de acordo com o contexto. A ativação do elemento central ocorre em função de um conjunto de fatores, sendo eles: 1- finalidade da

situação, a qual pode favorecer a ativação de elementos normativos ou pragmáticos; 2- distância do grupo em relação ao objeto, sendo que, quanto maior a proximidade, mais valorizados serão os elementos funcionais; 3- contexto de enunciação, o qual influenciará na ocultação de alguns elementos, em especial os que correspondem a modelos contra normativos. Nessas situações, verifica-se a existência de dois componentes da representação: uma representação explícita, verbalizada, e uma segunda parte da representação, não verbalizada, não expressa, chamada de zona muda (Abric, 2005). Ainda em relação ao processo de ativação de um elemento do núcleo central, Campos (2003) acrescenta outro fator influenciador: a natureza do objeto social em questão.

Conforme a dinâmica desses fatores supracitados, os elementos centrais podem ser ativados de modos variados, sendo priorizados certos elementos centrais em detrimento de outros. As situações em que predominam a finalidade operatória, pragmática, ativam principalmente elementos com características funcionais, enquanto situações de julgamento ou posicionamento avaliativo, carregados de forte carga ideológica ou socioafetiva, ativam os elementos marcadamente normativos. Por fim, segundo a perspectiva estrutural, quanto mais ativado é um elemento, mais importante ele é para essa situação particular, enquanto outros elementos podem permanecer “adormecidos” (Abric, 2003).

De acordo com Abric (2003), o que define a homogeneidade de um grupo em relação a um objeto de representação, mais do que compartilhar o mesmo conteúdo, é ter em comum os valores centrais presentes no núcleo, os quais resultam da memória coletiva e do sistema de normas ao qual o grupo pertence. O núcleo central representaria então o fundamento social da representação.

O sistema central constitui, conforme Abric (1998), a base comum e consensual de uma RS. Esse sistema é configurado por elementos que explicitam uma partilha social de valores e normas (Abric, 1998; 2003). Apesar de o núcleo central apresentar um papel importante na definição do significado e na organização de uma RS, não esgota o conteúdo e nem as formas de funcionamento dela no cotidiano (Sá, 1996). Portanto, o essencial do conteúdo da representação é constituído pelos elementos periféricos, os quais se organizam em torno do núcleo central (Abric, 1998).

Enquanto os elementos centrais em geral são mais abstratos e possuem natureza normativa, os elementos do sistema periférico são mais acessíveis e mais concretos. Em vez de definirem a representação

para muitos indivíduos, são pertinentes a situações mais particulares. Esses elementos se referem a scripts de práticas concretas, de natureza mais funcional, descrevendo e determinando ações (Abric, 2003; Flament, 2001). São elementos mais instáveis, que se modificam devido a alterações no contexto social (Abric, 1998). Quando ligados aos elementos centrais, permitem que a RS seja um guia de leitura para a realidade, relacionando-se com eventos do cotidiano dos atores sociais (Campos, 2003).

Os elementos periféricos podem estar bem distantes ou muito próximos do núcleo central. Flament (2001) compreende que esses elementos podem se apresentar como esquemas organizados pelo núcleo central, possibilitando o funcionamento quase instantâneo da representação como grade de decodificação de uma situação, como também podem se apresentar como características do objeto da representação.

O sistema periférico serve para proteger o sistema central, adaptando-se a mudanças contextuais ao mesmo tempo em que é preservada a integridade do núcleo. Serve como uma espécie de “para-choques” entre uma realidade que questiona a representação e um núcleo que não deve mudar com facilidade, uma vez que absorve os desacordos com a realidade e assegura até certo ponto a estabilidade da representação (Flament, 2001). Do contrário, uma mudança no sistema central acarretaria uma mudança de representação, pois são os elementos centrais que a definem. Por isso, a existência de duas representações diferentes exige que elas tenham núcleos também diferentes. A modificação do sistema periférico, por outro lado, não significa mudança da representação em questão, podendo se tratar ainda da mesma (Abric, 2003). Logo, é a identificação do núcleo central que permite o estudo comparativo das representações.

Portanto, enquanto o sistema central é consensual, estável, coerente e rígido, o sistema periférico suporta a heterogeneidade do grupo, é flexível, tolera possíveis contradições, permitindo uma adaptação à realidade concreta, até mesmo com diferenciações do conteúdo (Sá, 1996).

De acordo com Abric (2003), o sistema periférico resume-se nas funções de: 1- concretização, pois seus elementos, originários do processo de ancoragem, permitem o entendimento da representação e a possibilidade de sua transmissão; 2- regulação, visto que esses elementos têm papel primordial na adaptação dos conteúdos da representação às mudanças ocasionadas pelo contexto. Por conseguinte, os elementos novos são alocados na periferia da representação e se a

contradizem, podem ser reservados como exceção; 3- defesa, proteção do núcleo, pois quando surgem contradições entre a representação e a realidade, ocorre primeiramente uma transformação no sistema periférico; 4- prescrição de comportamentos, uma vez que indica ao indivíduo como agir espontaneamente em uma determinada situação e contexto; e 5- personalização, visto que se refere à apropriação de um objeto de forma modulada, individualizada, em contextos específicos, o que indica a possibilidade de existirem diferenças, mas que preservam o núcleo central. Flament (2001) acrescenta a noção de elementos estranhos, possibilitando que o sistema periférico tolere as contradições entre representação e a prática social do indivíduo.

Por conseguinte, estudar o fenômeno das RS segundo a TRS de abordagem estrutural permite abranger as características básicas desse fenômeno, que são simultaneamente estáveis e rígidas, móveis e flexíveis. Estáveis e rígidas, visto que uma RS é composta por um núcleo central ancorado no sistema de valores, crenças e normas sociais partilhados pelos membros do grupo. Móveis e flexíveis, visto que uma RS é composta por elementos advindos das experiências individuais, os quais integram a evolução das relações e contemplam as práticas sociais nas quais se inserem os indivíduos e os grupos.

Esta pesquisa utilizará a TRS, com foco na abordagem estrutural, como forma de apreender o conhecimento socialmente compartilhado acerca dos objetos sociais “saúde” e “práticas de saúde”. O emprego da abordagem estrutural possibilitará a compreensão desses objetos em um plano individual e, ao mesmo tempo, social, por meio da interação entre sistema periférico e núcleo central, que demarca tanto o funcionamento individual quanto o que é homogêneo no grupo estudado. Nas subseções seguintes, será apresentada a revisão de literatura acerca do objeto social saúde, segundo o conhecimento científico (universo reificado) e segundo o universo consensual. Mas antes, será explorada a relação entre RS e práticas sociais.

### **3.1.2 Representações e práticas sociais**

Prever comportamentos a partir de representações sociais não é uma operação direta – há uma grande quantidade de variáveis que atuam na determinação de ações humanas (Wagner, 2003). Quando se pensa na relação entre RS e comportamentos, é legítimo questionar sobre a extensão em que indivíduos compartilham RS e têm crenças e comportamentos orientados por elas, ou mesmo a maneira como participam para construí-las e comunicá-las.

Jodelet (2001) destaca o caráter pragmático das RS ao descrever seu objetivo prático – orientar as ações e contribuir para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Compreendida enquanto *práxis*, as RS permitem aos atores sociais, por meio de uma grade de interpretação grupal, a organização de suas ações perante o mundo (Coutinho, Araújo & Gontiers, 2004; Álvaro & Garrido, 2006; Wachelke & Camargo, 2007).

Ainda que seja saliente o entendimento da função pragmática das RS, servindo como um guia para a ação (Abrie, 1998; Jodelet, 2001), faltam esclarecimentos sobre seu poder preditivo às condutas humanas. Nessa direção, alguns autores da TRS debruçaram-se acerca do estudo das relações entre as representações e as práticas<sup>1</sup> sociais adotadas frente a um determinado objeto (Lheureux, Lo Monaco & Guimelli, 2011), compreendendo a expressão “práticas sociais” como sistemas de ações pensados em ligação com sua impregnação no social (Dany & Abrie, 2007).

De modo sintético, as RS podem ser compreendidas como possuindo valor preditivo das práticas sociais (Flament, 2001); por outro lado, as práticas sociais podem ser compreendidas como integrantes da RS (Wagner, 1994); também, as RS e práticas sociais podem ser consideradas mutuamente influentes, em uma via de mão dupla (Rouquette, 1998). Wachelke e Camargo (2007) revisaram estudos que articulavam as RS e práticas sociais, perpassando por construtos como a teoria das atitudes, o modelo da ação refletida e a teoria do comportamento planejado, visando compreender a complexidade dessa relação. Contudo, verificaram que ainda não se chegou a um modelo único das relações entre práticas sociais e RS.

Flament e Rouquette (2003) distinguiram quatro interpretações acerca das práticas sociais: a passagem ao ato, em oposição a não fazer algo; a frequência ou intensidade de realização de uma dada ação; a perícia associada a uma ação; e os diferentes modos de realizar a ação. Os autores também compreendem que uma prática social deve ser entendida, ao mesmo tempo, como comportamento físico e discursivo relacionados ao objeto social.

Verificou-se que as RS predizem a realização de práticas sociais em pelo menos dois casos: quando um ator social encontra-se frente a uma situação envolvendo um objeto social e tem autonomia para agir; e quando uma situação afetivamente carregada ativa assuntos que são

---

<sup>1</sup>Nesta dissertação, o termo “práticas” conjuga as noções de comportamentos, ações e condutas.

compartilhados por um coletivo. Em ambos os casos, é provável que uma representação pertinente guie as práticas sociais (Abric, 1994).

Em contrapartida, a realização de novas práticas sociais, geralmente em decorrência de eventos ambientais, é uma maneira de induzir mudanças em uma RS. Flament (1994) identificou duas variáveis-chave para compreender a dinâmica da relação entre as práticas e as RS – a compatibilidade das novas práticas com a representação e a percepção dos atores sociais sobre a reversibilidade dessas novas práticas.

Quando as novas práticas são compatíveis com o núcleo central, não há contestação da estrutura representacional, consequentemente, não há transformação de sua estrutura. Se as práticas sociais são relacionadas a um aspecto periférico da representação e são percebidas como reversíveis, o estado de ativação é temporário e também nenhuma transformação ocorre. Em contraste, se essas práticas são vistas como permanentes, então os esquemas periféricos tornam-se centrais e uma transformação progressiva acontece (Guimelli, 1989; Flament, 1994).

Quando as práticas sociais contrapõem-se tanto a elementos centrais quanto periféricos, novos conjuntos de elementos periféricos denominados “esquemas estranhos” formam-se para tentar acomodar a contradição (Flament, 1989). Se a situação é percebida como reversível, então a contradição é neutralizada com sucesso e a representação permanece inalterada. Do contrário, os esquemas estranhos não conseguem sustentar a integridade da estrutura e, eventualmente, há uma transformação no núcleo central para se adaptar ao novo contexto social (Flament, 1994).

Ao estudar as relações entre representações e as práticas sociais, Lheureux et. al. (2011) indicam que essa interação também é mediada pelo grau de implicação pessoal com o objeto social. Esse conceito, proposto por Rouquette (1988), abrange três dimensões moduladoras da relação entre indivíduo e objeto de RS: a dimensão “identificação social” (o quanto o objeto se relaciona a um indivíduo em específico, quanto ele o afeta, ou está próximo), “valorização social” (importância do objeto para o indivíduo ou grupo) e a “possibilidade percebida de ação em relação ao objeto” (Flament & Rouquette, 2003). Portanto, o engajamento em uma prática social está relacionado tanto à respectiva RS quanto a um nível mínimo de implicação pessoal (Flament & Rouquette, 2003).

Compreendendo que representações sociais podem orientar comportamentos, e neste caso, práticas de saúde, enfocou-se, nesta pesquisa, a concepção de que a RS é um dos elementos, junto às



condições socioeconômicas, culturais e ambientais; às condições de vida e de trabalho; às redes sociais e comunitárias; ao estilo de vida dos indivíduos e às condições individuais (como sexo, idade e fatores hereditários) relacionados à promoção de certas práticas de saúde.

### 3.2 CONCEITO DE SAÚDE

Diversas são as tentativas de se definir saúde. Se por um lado o debate acerca do conceito de saúde tem sido bastante ampliado, especialmente no meio acadêmico, por outro, institui-se um abismo do ponto de vista prático, à medida que essa compreensão ocorre de forma restrita nos espaços onde a saúde é promovida, financiada e efetivada (Sá, Ferreti, & Kleba, 2013)

A palavra “saúde” tem sua origem em *salute*, do latim, ‘salvação’, ‘conservação da vida’. De acordo com um dicionário popular de português, saúde é “o estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal” (Ferreira, 1999, p.1822). Quanto à questão da normalidade, a definição de Boorse (1977) se assemelha ao significado de saúde encontrado nesse dicionário. Para o autor, saúde é “o funcionamento normal, em que a normalidade é estatística e as funções são biológicas”, ou seja, a classificação dos seres humanos como saudáveis ou doentes seria uma questão objetiva, relacionada ao grau de eficiência das funções biológicas, sem necessidade de juízos de valor.

Segundo o axioma tradicional da Medicina, saúde é a ausência de doença (Boorse, 1977). Embora essa visão tradicional de saúde ainda esteja presente na percepção de boa parte da população, parece superada por algumas teorias produzidas no âmbito acadêmico (Edlin & Golanty, 1988; Sá, Ferreti, & Kleba, 2013). Em oposição a uma definição negativa (definir pelo que não é), como é o caso da definição supracitada, a OMS definiu saúde como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1946). Essa descrição, constante no Preâmbulo da Constituição adotada pela Conferência Internacional de Saúde, realizada em Nova Iorque, em 1946, e assinada pelos representantes de 61 países, entrou em vigor em 7 de abril de 1948 e desde então não foi alterada. A amplitude desse conceito acarretou críticas, algumas de natureza técnica (a saúde seria algo ideal, inatingível), outras de natureza política (o conceito permitiria abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde) (Scliar, 2007). Corroborando essa concepção de saúde a definição de Soares Neto (2006),

que a compreende como um estado onde o organismo funciona bem, condição que está relacionada à ideia de equilíbrio, vigor, realização de si mesmo, seja no âmbito físico ou psíquico.

Na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, também se concebeu a saúde como um conceito positivo, que implica em recursos sociais e pessoais. Na carta de Ottawa, estabeleceu-se que a saúde é uma responsabilidade compartilhada pelo setor da saúde, como por outros setores governamentais e não governamentais, tendo em vista a promoção não apenas de estilos de vida saudáveis, mas especialmente o bem-estar global (WHO, 1986). Como condições fundamentais para a saúde, consta na carta: a paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Definiu-se a saúde como:

“o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia a dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os membros” (WHO, 1986).

No Art. 3 da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990a), que cria o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, semelhante é a redação acerca da saúde:

“tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.”

Ao se considerar a saúde em seu significado pleno, está-se lidando com algo tão amplo como a própria noção de vida. Promover a vida em suas múltiplas dimensões envolve tanto ações de âmbito global de um Estado, como a singularidade e autonomia dos indivíduos, não se podendo atribuir essa responsabilidade a uma só área de conhecimento (Czeresnia, 2012). Considerando essa ideia ampliada de saúde, pode-se compreendê-la como sendo um produto de fatores relacionados à qualidade de vida, incluindo adequada alimentação e nutrição, habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para família e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde (Buss, 2012).

Minayo, Hartz e Buss (2000) consideram que o patamar material mínimo e universal para se falar em qualidade de vida diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana – alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer. Qualidade de vida, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2013b), é descrito como o grau de satisfação das necessidades da vida humana, que têm como referência noções subjetivas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva.

Em 2006, a fim de promover melhora na qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, o Ministério da Saúde implementou, por meio da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), cujas diretrizes são embasadas na integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, participação social, intersetorialidade, informação, educação, comunicação e sustentabilidade (Brasil, 2010a). Ampliando as ações voltadas à área da saúde no Brasil, estabeleceram-se prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida<sup>2</sup>, por meio da Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008, cujo objetivo, dentre outros, é promover a saúde construindo uma abordagem integral do processo saúde-doença, com foco no enfrentamento dos problemas de saúde baseado no reconhecimento de seus determinantes sociais (Brasil, 2013b).

Em março de 2005, com o objetivo de reunir evidências sobre o que poderia ser feito para melhorar a saúde e conseguir uma distribuição

---

<sup>2</sup> O Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão agregam a Agenda de Compromisso pela Saúde, definida pelo Ministério da Saúde, em setembro de 2005.

mais justa no mundo, promovendo um movimento global para atingir esse objetivo, o então Diretor Geral da OMS, Dr. J. W. Lee, constituiu a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CSDH na sigla em inglês). O relatório final dessa Comissão foi entregue em 2010 com o título “Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais.” Para a CSDH, os determinantes sociais da saúde são:

“as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Estas circunstâncias são moldadas pela distribuição de dinheiro, poder e recursos a nível global, nacional e local. Os determinantes sociais da saúde são os principais responsáveis por desigualdades na saúde – as diferenças injustas e evitáveis no estado de saúde visto dentro de cada país e entre países.” (WHO, 2013c)

No Brasil, semelhante comissão foi constituída no âmbito do Ministério da Saúde, por meio do Decreto Presidencial de 13 de março de 2006, sob o nome de Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), cujo relatório final, datado de abril de 2008, intitula-se “As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil”. Os determinantes sociais de saúde foram definidos como “fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos, comportamentais e ambientais que influenciam o processo saúde-doença”. Como exemplos, podem ser citados: a habitação, o saneamento, as condições de trabalho, os serviços de saúde e educação, a trama de redes sociais e comunitárias, entre outros (Brasil, 2013b).

O modelo de Dahlgren e Whitehead (Dahlgren, 1991; Whitehead & Dahlgren, 2007), utilizado como referencial teórico para a construção do relatório da CNDSS, ilustra e esquematiza os diversos níveis de determinantes sociais da saúde (Figura 1).



*Figura 1.* Os principais determinantes de saúde. Fonte: Relatório final da CNDSS (Brasil, 2008b).

Os determinantes podem ser organizados em uma série de camadas, uma em cima da outra. Na camada mais externa, estão dispostas as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais. Depois, dispõem-se as condições materiais e sociais em que as pessoas vivem e trabalham, determinadas por diversos setores, como habitação, educação, serviços de saúde, agricultura e assim por diante. Apoio mútuo da família, amigos, vizinhos e comunidade local vêm a seguir. Finalmente, dispõem-se o estilo de vida – as ações tomadas pelos indivíduos, como seus hábitos alimentares e hábitos de ingerir abusivamente bebidas alcoólicas e fumar. A camada que identifica a idade, o sexo e a constituição genética de cada indivíduo sinaliza que esses fatores também desempenham um papel enquanto determinantes de saúde, mas sobre os quais se tem pouco controle (Dahlgren, 1991).

Apesar do avanço conceitual da área, um dos modelos de atenção à saúde predominantes no Brasil é o modelo médico hegemônico. Sua versão mais conhecida é o “modelo médico assistencial privatista” – centrado na Clínica, no atendimento da demanda espontânea e em procedimentos e serviços especializados. Apesar de não contemplar o conjunto de problemas de saúde da população, é prestigiado pela mídia, pela categoria médica, pelos políticos e pela população medicalizada.

Com o crescimento de cooperativas médicas, medicina de grupo, operadoras de planos de saúde em autogestão e seguros-saúde, esse modelo passa a coexistir com o “modelo de atenção gerenciada”, o qual preserva as demais características do modelo médico hegemônico, excetuando-se o estímulo ao consumismo médico e o foco da medicina curativa, pois seu foco é a medicina preventiva (fatores que podem baixar custos e aumentar lucros dos planos de saúde) (Paim, 2012). Apesar de o modelo médico hegemônico apresentar suas limitações, ele pode proporcionar uma assistência de qualidade em circunscritas situações.

No decorrer da história, verifica-se que a saúde teve seu conceito amplificado, extrapolando a visão exclusivamente biologicista, incluindo também os domínios psicológicos e sociais, que até a metade do século XX não eram valorizadas (Scliar, 2007). A camada referente ao estilo de vida, do modelo de Dahlgren e Whitehead, está relacionada tanto com aspectos individuais, quanto com aspectos sociais, culturais e políticos, ou seja, está no limiar entre o indivíduo e seu entorno social, sendo condicionada por determinantes sociais, como pressão dos pares, acesso a informações, a alimentos saudáveis, espaços de lazer, etc. (Buss & Filho, 2007). Estas duas camadas do modelo: características individuais e estilos de vida foram privilegiados nesta pesquisa, pois se aproximam do objetivo de caracterizar as práticas de saúde dos participantes.

No Brasil, os Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB) são produto de uma ação integrada e servem para a produção de análises sobre a situação de saúde e suas tendências. Convencionou-se classificar esses indicadores em seis subconjuntos temáticos: demográficos; socioeconômicos; mortalidade; morbidade; fatores de risco e proteção; recursos; e cobertura (Brasil, 2012a). Apesar de diferenças e especificidades, fatores de risco e proteção à saúde constituem um dos indicadores utilizados nacional e mundialmente para identificar a situação de saúde de populações (Brasil, 2012a; Brasil 2013a; WHO, 2009; WHO, 2011a; WHO, 2013b; OPS, 2013; OPAS, 2012). Considerando sua importância e por estarem relacionados a práticas de saúde, quatro desses fatores de risco-proteção à saúde serão descritos a seguir.

### **3.2.1 Fatores de risco e proteção à saúde**

Para evitar doenças e lesões, é necessário identificar e lidar com suas causas – os riscos de saúde subjacentes a elas. Cada risco tem suas

próprias causas também, e muitos têm suas raízes em uma complexa cadeia de eventos ao longo do tempo, composto por fatores socioeconômicos, condições ambientais e da comunidade e comportamentos individuais (WHO, 2009). No mundo, permanecem elevados estes quatro fatores de risco à saúde – uso do tabaco, inatividade física, uso nocivo do álcool e alimentações pouco saudáveis (WHO, 2011a). Nesta pesquisa, será privilegiada a investigação das práticas sociais relacionadas a esses quatro fatores, que podem promover, ou por em risco, a saúde.

### 3.2.1.1 Uso de tabaco

Em maio de 2013, a Assembleia Mundial da Saúde (World Health Assembly – WHA na sigla em inglês) adotou o plano de ação mundial da OMS para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis, período 2013-2020, em que a redução do uso de tabaco foi identificada como um dos elementos críticos para o controle efetivo dessas doenças (WHO, 2013d). Mundialmente, o tabagismo causa cerca de 71% dos casos de cânceres de pulmão, 42% dos casos de doenças respiratórias crônicas e quase 10% dos casos de doenças cardiovasculares. Ele é responsável por 12% dos casos de morte de homens e 6% dos casos de morte de mulheres no mundo (WHO, 2009).

O tabaco continua a ser uma séria ameaça à saúde mundial, matando quase 6 milhões de pessoas a cada ano e causando, anualmente, centenas de bilhões de dólares de prejuízos econômicos em excesso de custos de saúde e perda da produtividade nos Estados Unidos da América (WHO, 2013d). Cerca de 80% do 1 bilhão de fumantes no mundo vivem em países de baixa e média renda. Embora o consumo de tabaco esteja diminuindo em alguns países de alta renda, mundialmente seu consumo está aumentando. Caso medidas urgentes não sejam tomadas, o número anual de mortes em decorrência de seu uso pode subir para mais de 8 milhões em 2030. Das 6 milhões de mortes a cada ano, mais de 5 milhões são o resultado direto do uso do tabaco, enquanto mais de 600.000 são o resultado da exposição de não fumantes à fumaça, os chamados fumantes passivos (WHO, 2013e).

O uso de tabaco é maior em países de média renda do que em países de baixa ou de alta renda, e em todos os grupos de renda é maior entre os homens do que entre as mulheres. Entre os homens, a prevalência do tabagismo é mais alta em países de média-baixa renda (39%), seguida por países de renda média-alta (35%). Entre as mulheres, as taxas são relativamente mais altas em países de média-alta e alta

renda (em torno de 15%), e são consideravelmente mais baixas (entre 2% e 4%) em países de baixa e média-baixa renda (WHO, 2011a).

Em 2008, a prevalência de fumantes<sup>3</sup>, no mundo, do sexo masculino foi de 36% e do sexo feminino foi de 8%. Na região das Américas, a prevalência de homens e mulheres foi de 26% e 16%, respectivamente (WHO, 2013b). No Brasil, foi de 21,6% entre o sexo masculino e de 13,1% entre o sexo feminino (WHO, 2013f). No conjunto da população adulta das 26 capitais do Brasil e do Distrito Federal, a frequência de fumantes<sup>4</sup>, em 2012, foi de 12,1%, sendo maior no sexo masculino (15,5%) do que no feminino (9,2%) – padrão de prevalência, por sexo, observado tanto nacional, regional e mundialmente. As maiores frequências de fumantes foram encontradas, entre homens, em São Paulo (20,7%), Rio Branco (19,0%) e Rio de Janeiro (17,1%) e, entre mulheres, em Porto Alegre (19,3%), São Paulo (11,1%) e Rio Branco (10,9%). Em Florianópolis, observou-se uma frequência de fumantes maior do que a média do conjunto das 27 cidades pesquisadas: a frequência total de fumantes foi de 13,6%, sendo maior no sexo masculino (16,6%) do que no feminino (10,8%) (Brasil, 2013a).

No conjunto da população adulta das 26 capitais do Brasil e do Distrito Federal, em 2012, a frequência do hábito de fumar foi particularmente alta entre homens e mulheres com até oito anos de escolaridade (21,1% e 12,2%, respectivamente), excedendo em quase duas vezes a frequência observada entre indivíduos com 12 ou mais anos de estudo. Em ambos os sexos, a frequência de fumantes tendeu a ser menor antes dos 25 anos de idade e após os 65 anos (Brasil, 2013a). Entre os anos de 2006 e 2013, houve uma redução significativa ( $p < 0,01$ ) na prevalência de fumantes, de ambos os sexos (de 15,7% para 11,3%). Em 2013, a prevalência de fumantes foi maior no sexo masculino (14,4%) do que no feminino (8,6%), padrão de prevalência observado desde o ano de 2006 no conjunto da população adulta das 26 capitais do Brasil e do Distrito Federal (Brasil, 2014).

---

<sup>3</sup> Considerou-se “fumante” aquela pessoa, com idade de 15 anos ou mais, que fuma diariamente ou ocasionalmente produtos derivados do tabaco: cigarros, charutos, cachimbos ou qualquer outro produto de tabaco que seja fumado (WHO, 2013g).

<sup>4</sup> Considerou-se fumante todo indivíduo que fuma, independentemente da frequência e da intensidade do hábito de fumar, com idade de 18 anos ou mais.



No conjunto da população adulta dessas 27 cidades, a frequência de ex-fumantes<sup>5</sup>, em 2012, foi de 21,1%, sendo maior no sexo masculino (24,5%) do que no sexo feminino (18,1%). As maiores frequências de ex-fumantes foram observadas, entre os homens, em Porto Velho (32,0%), Belém (29,9%) e Rio Branco (28,6%) e, entre as mulheres, em Rio Branco (25,1%), Porto Alegre (22,1%) e Florianópolis (21,0%). Como no caso da frequência de fumantes atuais, a frequência de ex-fumantes tendeu a ser maior entre homens e mulheres com até oito anos de escolaridade (Brasil, 2013a). Em 2013, no conjunto dessas mesmas cidades, a prevalência de ex-fumantes aumentou em relação ao ano de 2012, passando de 21,1% para 22%, sendo maior a prevalência de ex-fumantes entre o sexo masculino (25,6%) do que entre o sexo feminino (18,9%) (Brasil, 2014).

Compreender a prática social de fumar como um fator de risco à saúde faz com que o contrário também seja verdadeiro – não fumar constitui-se em uma prática que, além de prevenir doenças, promove uma vida mais saudável. Portanto, nesta pesquisa, considerou-se o hábito de não fumar (ou deixar de fumar) uma prática de saúde.

### 3.2.1.2 Atividade física

Reconhecendo a oportunidade de reduzir mortes e doenças, em todo o mundo, melhorando a dieta e aumentando os níveis de atividade física, a WHA aprovou a Estratégia Global da OMS sobre Dieta, Atividade Física e Saúde, em maio de 2004. A atividade física é um meio fundamental para melhorar a saúde física e mental das pessoas (WHO, 2004). A participação em atividade física regular reduz o risco de doença isquêmica do coração, acidente vascular encefálico, diabetes, hipertensão, câncer de cólon, câncer de mama e depressão. Além disso, a atividade física é um fator determinante do gasto de energia e, portanto, é fundamental para o controle de peso (WHO, 2010). A prática de atividade física pode ocorrer em diferentes âmbitos: no trabalho, nas tarefas domésticas, no lazer e durante o deslocamento, dependendo do meio de transporte utilizado. Nos países de alta renda, a maioria das atividades ocorre durante o tempo de lazer, enquanto que em países de baixa renda ocorrem durante o trabalho, as tarefas domésticas e o deslocamento (WHO, 2009).

---

<sup>5</sup> Considerou-se “ex-fumante” todo indivíduo, com idade de 18 anos ou mais, que relatou ter fumado no passado, mas não tem mais este hábito.

Os níveis de inatividade física estão aumentando em muitos países, repercutindo na saúde geral de pessoas e na prevalência de doenças não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, diabetes e cânceres, e seus fatores de risco, tais como hipertensão arterial, hiperglicemia e excesso de peso. A inatividade física é estimada como sendo a principal causa dos casos de cânceres de mama e cólon (de 21-25%), de diabetes (27%) e aproximadamente 30% dos casos de doença isquêmica do coração (WHO, 2009).

No mundo, a prevalência de atividade física insuficiente também vem aumentando, de acordo com o nível de renda do país. Países de alta renda apresentam mais que o dobro da prevalência em comparação com os países de baixa renda, tanto para homens e mulheres (41% dos homens e 48% das mulheres são insuficientemente ativos em países de alta renda, em comparação com 18% dos homens e 21% das mulheres em países de baixa renda) (WHO, 2011b).

Em 2008, a porcentagem da população mundial insuficientemente ativa <sup>6</sup> foi de 30,9%, sendo maior entre o sexo feminino (33,9%) do que entre o masculino (27,9%). Na região das Américas, 44% da população foi classificada como insuficientemente ativa, apresentando maior prevalência entre o sexo feminino (47,5%) do que o masculino (40,4%). O Brasil apresentou maiores porcentagens em relação ao mundo e à região das Américas: 49,4% da população foi classificada como insuficientemente ativa, sendo que 47,2% dos homens e 51,6% das mulheres foram classificados nesta condição (WHO, 2013h).

Em relação à inatividade física<sup>7</sup>, considerando o conjunto da população adulta das 26 capitais do Brasil e do Distrito Federal, em 2012, a prevalência foi de 14,9% (variando entre 11,4%, em Florianópolis, e 18,5% em Recife), sendo maior entre homens (15,2%) do que entre mulheres (14,6%) (Brasil, 2013a). Entre homens, as maiores frequências de inatividade física foram observadas em Recife (21,5%), Maceió (18,4%) e Natal (18,1%), e as menores em

---

<sup>6</sup> Classificaram-se na condição de “insuficientemente ativos” a população, com 15 anos ou mais, envolvida em menos de 30 minutos de atividade moderada em 5 dias da semana ou menos de 20 minutos de atividade vigorosa três vezes por semana, ou o equivalente (WHO, 2013h).

<sup>7</sup> Classificaram-se na condição de “inatividade física” os indivíduos, com idade de 18 anos ou mais, que não praticaram qualquer atividade física no lazer nos últimos três meses e que não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam para o trabalho ou para a escola, a pé ou de bicicleta, perfazendo um mínimo de 10 minutos por trajeto, por dia, e que não participam da limpeza pesada de suas casas.

Florianópolis (9,5%), Manaus (10,9%) e Goiânia (11,4%). Entre mulheres, as maiores frequências foram observadas em Natal (18,3%), Teresina e Maceió (17,9%) e Rio de Janeiro (17,2%), e as menores em Palmas (9,9%), no Distrito Federal e Porto Velho (12,3%) e em Boa Vista (12,6%). O percentual de indivíduos fisicamente inativos foi maior entre aqueles com 65 anos de idade ou mais, para ambos os sexos. Os adultos com menor escolaridade (até oito anos de estudo) apresentaram os maiores percentuais de inatividade física (Brasil, 2013a). Em 2013, a frequência da população fisicamente inativa, no Brasil, aumentou para 16,2%, sendo também maior entre o sexo masculino (16,8%) do que entre o feminino (15,7%) (Brasil, 2014).

Em relação ao nível recomendado de atividade física no tempo livre<sup>8</sup>, em 2012, 33,5% da população adulta das 26 capitais do Brasil e do Distrito Federal foi classificada nesta condição, sendo maior o percentual entre os homens (41,5%) do que entre as mulheres (26,5%). Em ambos os sexos, a prática do nível recomendado de atividade física no tempo livre cresceu com o nível de escolaridade. A frequência de adultos que praticam o nível recomendado de atividade física no tempo livre variou entre 27,9% em São Paulo e 43,1% em Florianópolis. Entre homens, as maiores frequências foram encontradas em Florianópolis (54,4%), Vitória (50,1%) e Belém (47,7%), e as menores em São Paulo (34,6%), João Pessoa (39,3%) e Natal (39,3%). Entre mulheres, as maiores frequências foram observadas em Vitória (37,1%), Distrito Federal (33,0%) e Florianópolis (32,9%), e as menores em São Paulo (22,1%), Salvador (23,2%) e Recife (25,1%) (Brasil, 2013a).

Entre 2009 e 2013, no conjunto dessas 27 cidades, houve um aumento significativo ( $p < 0,05$ ), de 30,3% para 33,8%, de adultos, em ambos os sexos, que praticam o nível recomendado de atividade física no tempo livre. Em 2013, a prevalência entre os homens (41,2%) foi maior do que entre as mulheres (27,4%) e, entre as 27 cidades, em

---

<sup>8</sup> Classificaram-se no “nível recomendado de atividade física no tempo livre” os indivíduos, com idade de 18 anos ou mais, que praticam, pelo menos, 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada ou, pelo menos, 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa. Atividade com duração inferior a 10 minutos não foi considerada para efeito do cálculo do total de minutos despendidos na semana. Caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais, ciclismo e voleibol foram classificados como práticas de intensidade leve ou moderada. Corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol, basquetebol e tênis foram classificados como práticas de intensidade vigorosa.

comparação ao ano de 2012, Florianópolis continuou com a maior prevalência de adultos que praticam o nível recomendado de atividade física no tempo livre (44%) (Brasil, 2014).

Assim como o hábito de fumar, compreender a inatividade física como um fator de risco à saúde faz com que o contrário também seja verdadeiro – praticar o nível recomendado de atividade física constitui-se em uma prática que, além de prevenir doenças, promove uma vida mais saudável. Portanto, nesta pesquisa, considerou-se a prática da atividade física uma prática de saúde.

### 3.2.1.3 Alimentação e fatores de risco relacionados

#### *Hipertensão arterial*

Hipertensão arterial, baixa ingestão de frutas e hortaliças, colesterol alto, inatividade física, excesso de peso e obesidade, e hiperglicemia são seis fatores de risco que, juntos, são responsáveis por 19% dos casos de morte no mundo. Excetuando-se a inatividade física, todos esses outros fatores de risco estão ligados à alimentação. O principal fator de risco nesse grupo é a hipertensão arterial. Ela altera a estrutura das artérias e, como resultado, aumenta o risco de acidente vascular encefálico, doenças do coração, insuficiência renal, entre outras doenças. Uma alimentação com muito sal, o uso nocivo de álcool, a falta de atividade física e a obesidade elevam a pressão arterial, cujos efeitos se acumulam com o tempo. Mundialmente, 51% dos casos de acidente vascular encefálico e 45% dos casos de morte por doenças isquêmicas do coração são atribuíveis à pressão arterial sistólica elevada (WHO, 2009).

No mundo, a prevalência de hipertensão arterial<sup>9</sup>, em 2008, foi de 29,2% no sexo masculino e no sexo feminino foi de 24,8%. Na região das Américas, a prevalência no sexo masculino e feminino foi, respectivamente, de 26,3% e 19,7%, ambas menores que a prevalência mundial. Em contrapartida, o Brasil apresentou maior prevalência, em ambos os sexos, em comparação ao mundo e à região das Américas, sendo de 39,4% e de 26,6% no sexo masculino e feminino, respectivamente (WHO, 2013b).

No conjunto da população adulta das 26 capitais do Brasil e do Distrito Federal, a frequência de indivíduos que referiram, em 2012,

---

<sup>9</sup> Percentagem da população, com 25 anos ou mais, com a pressão arterial elevada (pressão arterial sistólica  $\geq 140$  ou pressão arterial diastólica  $\geq 90$ ).

diagnóstico médico de hipertensão arterial<sup>10</sup>, foi de 24,3%, sendo maior em mulheres (26,9%) do que em homens (21,3%). O diagnóstico de hipertensão arterial foi mais frequente com o aumento da idade em ambos os sexos. Dentre as mulheres, destaca-se a associação inversa entre o nível de escolaridade e o diagnóstico da doença: enquanto 44,6% das mulheres com até oito anos de escolaridade referiram diagnóstico de hipertensão arterial, a mesma condição foi observada em apenas 13,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença também foi mais frequente entre os que estudaram até oito anos (Brasil, 2013a).

### *Coolesterol elevado*

Dietas ricas em gorduras saturadas, sedentarismo e fatores genéticos podem aumentar os níveis de colesterol. Apesar de os níveis de lipoproteínas de baixa e alta densidade serem mais importantes para a saúde do que o colesterol total, calcula-se o colesterol total porque há mais informações disponíveis em relação à população em todo o mundo. O colesterol elevado aumenta os riscos de doenças do coração, acidente vascular encefálico e outras doenças vasculares. No mundo, um terço dos casos de doença isquêmica do coração é atribuível a níveis altos de colesterol. Em 2004, a prevalência de pessoas, no mundo, que apresentaram nível de colesterol total elevado<sup>11</sup> foi de 22%, sendo maior entre as mulheres (23%) do que entre os homens (20%). Na região das Américas, a prevalência de pessoas que apresentaram nível de colesterol total elevado foi de 28%, maior que a mundial (WHO, 2009).

Em 2008, a média do nível de colesterol total, no mundo inteiro, foi 4,64 mmol/L para os homens e 4,76 mmol/L para as mulheres, valores considerados desejáveis<sup>12</sup> para a população adulta. A prevalência do nível elevado de colesterol total, para ambos os sexos, foi de 38%. Nos países de alta renda, mais de 50% dos adultos apresentaram níveis elevados de colesterol total, mais que o dobro do nível nos países de baixa renda. Embora entre 1980 e 2008 a prevalência

---

<sup>10</sup> Percentagem de indivíduos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial no conjunto da população adulta ( $\geq 18$  anos).

<sup>11</sup> Prevalência de pessoas, com idade de 30 anos ou mais, que apresentam nível de colesterol total elevado (6 mmol/L=232 mg/dL).

<sup>12</sup> Na população adulta (com 20 anos de idade ou mais), o valor de referência para o nível de colesterol total desejável deve ser menor que 5,17 mmol/L. Considera-se “limítrofe superior” valores entre 5,17-6,18 mmol/L e “alto” valor igual ou superior a 6,18 mmol/L (Medicinanet, 2013).

de colesterol total elevado tenha diminuído em todos os grupos de renda no mundo, exceto nos países de média-baixa renda, a média do nível de colesterol total mudou pouco (Farzadfar, Finucane, Danaei, Pelizzari, Cowan, Paciorek, Singh, Lin, Stevens, Riley, & Ezzati, on behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group – Cholesterol, 2011). No Brasil, a prevalência de pessoas que apresentaram nível de colesterol total elevado, em 2008, foi de 42,8%, sendo de 43% e 42,6% no sexo masculino e feminino, respectivamente (WHO, 2011a).

### *Diabetes*

Alterações na alimentação e a redução dos níveis de atividade física aumentam a resistência à insulina, a qual, por sua vez, aumenta a glicose no sangue. Mundialmente, 6% dos casos de morte são causadas por hiperglicemia, sendo que 83% desses casos ocorrem em países de baixa e média renda. Hiperglicemia causa todas as mortes por diabetes, 22% dos casos de morte por doenças isquêmicas do coração e 16% dos casos de morte por acidente vascular encefálico (WHO, 2009).

Em 2008, no mundo, a prevalência de hiperglicemia<sup>13</sup> no sangue foi de 9,8% entre os homens e 9,2% entre as mulheres, refletindo uma elevação de 8,3% em homens e 7,5% em mulheres em relação a 1980. O número de pessoas com hiperglicemia aumentou de 153 milhões em 1980 para 347 milhões em 2008 (Danaei, Finucane, Lu, Singh, Cowan, Paciorek, Lin, Farzadfar, Khang, Stevens, Rao, Ali, Riley, Robinson, & Ezzati, on behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group - Blood Glucose, 2011). Na região das Américas, em 2008, a prevalência foi de 11,5% entre o sexo masculino e 9,9% entre o feminino. No Brasil, a prevalência foi de 10,4% entre o sexo masculino e 10,0% entre o feminino (WHO, 2013b).

A diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, resultante de defeitos na secreção de insulina, na ação da insulina, ou em ambos (Groop & Pociot, 2014). Em 2012, no conjunto da população adulta das 26 capitais do Brasil e do Distrito Federal, a

---

<sup>13</sup> Percentagem da população, com 25 anos ou mais, com glicemia de jejum  $\geq$  126 mg/dl (7,0 mmol/l) ou em uso de medicação para glicemia elevada no sangue.

frequência do diagnóstico médico prévio de diabetes<sup>14</sup> foi de 7,4%, sendo de 6,5% entre homens e de 8,1% entre mulheres. Em ambos os sexos, o diagnóstico da doença se tornou mais comum com o avanço da idade, com maior aumento a partir dos 35 anos. Mais de um quinto dos homens e das mulheres com 65 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes. Em ambos os sexos, a frequência máxima de diabetes foi encontrada em indivíduos com até oito anos de escolaridade: 10,3% em homens e 13,7% em mulheres (Brasil, 2013a).

### *Índice de massa corporal (IMC), sobrepeso e obesidade*

As evidências sobre a evolução da disponibilidade de alimentos no Brasil indicam que a transição alimentar no país tem sido, de modo geral, favorável do ponto de vista dos problemas associados à subnutrição (aumento na disponibilidade de calorias por pessoa e aumento da participação de alimentos de origem animal na alimentação) e desfavorável no que se refere à obesidade e às demais doenças crônicas não transmissíveis (aumento da ingestão de gorduras em geral, gorduras de origem animal e açúcar; e diminuição no consumo de cereais, leguminosas, frutas, verduras e legumes). Hábitos alimentares saudáveis, como a maior ingestão de frutas e hortaliças, têm sido apontados como protetores no desenvolvimento da obesidade. Esse efeito deve-se à menor densidade energética desses alimentos e ao conteúdo maior de fibras, aumentando a saciedade e a saciação (Barreto, Pinheiro, Sichieri, Monteiro, Filho, Schimid, Lotufo, Assis, Guimarães, Recine, Victora, Coitinho, & Passos, 2005).

Em 2004, 65% da população mundial vivia em um país em que o sobrepeso e a obesidade matavam mais pessoas do que o baixo peso. Em 2005, estimou-se que mais de 1 bilhão de pessoas no mundo estavam com sobrepeso ( $IMC \geq 25$ ) e mais de 300 milhões eram obesos ( $IMC \geq 30$ ). O risco de desenvolver doença cardíaca coronariana, acidente vascular encefálico e diabetes tipo 2 cresce com o aumento da massa corporal, assim como os riscos de desenvolver cânceres (de mama, cólon, próstata e de outros órgãos) e osteoartrite – uma das principais causas, no mundo, da condição de deficiência. Mundialmente, 44% da carga de diabetes, 23% da carga de doença isquêmica do coração e 7-

---

<sup>14</sup> Percentual de indivíduos que referem diagnóstico médico de diabetes no conjunto da população adulta ( $\geq 18$  anos) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal.

41% da carga de determinados cânceres são atribuíveis ao excesso de peso e obesidade (WHO, 2009).

A média do Índice de Massa Corporal (IMC), o sobrepeso e a obesidade estão aumentando em todo o mundo devido a mudanças nos hábitos alimentares e aumento da inatividade física (WHO, 2009). Em 2008, a prevalência de indivíduos obesos<sup>15</sup>, no mundo, foi de 10% entre os homens e de 14% entre as mulheres. Na região das Américas, a prevalência também foi maior entre o sexo feminino (29,7%) do que entre o masculino (23,5%) (WHO, 2013b). A obesidade e o excesso de peso, especialmente na infância, são um problema crescente na maioria dos países da região das Américas, especialmente em mulheres, devido ao baixo consumo de frutas e hortaliças e à elevada prevalência de inatividade física (OPS, 2013). No Brasil, observou-se a mesma tendência: maior prevalência de obesidade entre o sexo feminino (22,1%) do que entre o masculino (16,5%) (WHO, 2013b).

No país, dois problemas atuais precisam ser enfrentados diretamente: o aumento do consumo de alimentos industrializados (normalmente ricos em gorduras hidrogenadas e carboidratos simples, e pobres em carboidratos complexos) e o declínio do gasto energético, associado ao transporte motorizado, à mecanização do trabalho e a outros aspectos do desenvolvimento tecnológico. A evolução do estado nutricional da população brasileira é indicativa de um importante aumento do sobrepeso, com tendência especialmente preocupante entre as crianças em idade escolar e os adolescentes, bem como nos estratos de baixa renda. Por outro lado, observa-se a diminuição do excesso de obesidade dos estratos de maior renda (Barreto *et. al.*, 2005).

Em 2012, no conjunto da população adulta das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal, a frequência de obesos<sup>16</sup> foi de 17,4%. No sexo masculino, a frequência da obesidade duplicou da faixa de 18 a 24 anos (8,1%) para a faixa de 25 a 34 anos de idade (17,0%), declinando após os 65 anos. Entre as mulheres, a frequência da obesidade tendeu a aumentar com a idade, até os 54 anos. No conjunto da população, a frequência de obesidade tendeu a diminuir com o aumento do nível de escolaridade (Brasil, 2013a). Em 2013, no conjunto dessas 27 cidades, a frequência de obesos, em ambos os sexos, foi de

---

<sup>15</sup> Percentagem da população, com idade de 20 anos ou mais, com um índice de massa corporal  $\geq 30,00$  kg/m<sup>2</sup>.

<sup>16</sup> Percentual de indivíduos com obesidade (Índice de Massa Corporal  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) no conjunto da população adulta ( $\geq 18$  anos) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal.



17,5%. A frequência de indivíduos com excesso de peso<sup>17</sup> foi de 50,8%, sendo maior no sexo masculino (54,7%) do que no sexo feminino (47,4%). Entre os anos de 2006 e 2013, houve um aumento significativo ( $p < 0,01$ ), em ambos os sexos, da frequência de indivíduos com excesso de peso e indivíduos obesos (Brasil, 2014).

### *Ingestão de frutas e hortaliças*

Frutas e hortaliças são um componente importante de uma alimentação saudável e, se consumidos diariamente em quantidades suficientes, podem ajudar a prevenir doenças graves, como doenças cardiovasculares e cânceres (WHO, 2005). Seu consumo varia consideravelmente entre os países: refletindo diferentes situações econômicas, culturais e agrícolas. Estima-se que cerca de 14% dos casos de morte por cânceres gastrointestinais, 11% dos casos de morte por doenças isquêmicas do coração e 9% dos casos de morte por acidente vascular encefálico, em todo o mundo, sejam em decorrência da ingestão insuficiente de frutas e hortaliças (WHO, 2009).

Recomenda-se a ingestão de, no mínimo, 400g de frutas e hortaliças por dia (excluindo batatas e outros tubérculos ricos em amido) para a prevenção de doenças crônicas, como doenças cardíacas, cânceres, diabetes e obesidade, bem como para a prevenção de várias deficiências de micronutrientes. Considera-se, como tamanho padrão de uma porção, 80g de frutas e hortaliças (WHO, 2005). Em 2004, a média mundial de ingestão de frutas e hortaliças por dia<sup>18</sup> foi de 303g, sendo de 314g entre os homens e 293g entre as mulheres. Na região das Américas, a ingestão média foi de 244g, menor que a mundial.

Em 2012, no conjunto da população adulta das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal, a frequência de adultos que consumiram regularmente<sup>19</sup> frutas e hortaliças foi de 34,0%, sendo menor entre homens (26,9%) do que entre mulheres (40,1%). As maiores frequências foram encontradas, entre homens, em Florianópolis (39,3%), Porto Alegre (35,6%) e Recife (34,4%) e, entre mulheres, em

---

<sup>17</sup> Percentual de indivíduos com excesso de peso (Índice de Massa Corporal  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>) no conjunto da população adulta ( $\geq 18$  anos) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal.

<sup>18</sup> Considerou-se a ingestão média de frutas e hortaliças, em gramas por dia, por pessoas com idade de 15 anos ou mais.

<sup>19</sup> Considerou-se regular o consumo de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana por pessoas com idade de 18 anos ou mais.

Florianópolis (52,1%), Belo Horizonte (51,1%) e Curitiba (50,9%). Em ambos os sexos, o consumo regular de frutas e hortaliças aumentou uniformemente com a idade e com o nível de escolaridade dos indivíduos (Brasil, 2013a). Em 2013, comparando ao ano de 2012, houve um aumento do consumo regular de frutas e hortaliças. A frequência total foi de 36%, sendo menor no sexo masculino (29,6%) do que no sexo feminino (41,5%.) (Brasil, 2014).

Em relação ao consumo recomendado<sup>20</sup> de frutas e hortaliças, ou seja, o consumo de 5 ou mais porções de frutas e hortaliças, em 5 ou mais dias da semana, no conjunto da população adulta das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal, em 2012, a frequência correspondeu a 22,7%, sendo menor em homens (17,6%) do que em mulheres (27,2%). Em ambos os sexos, a frequência do consumo recomendado de frutas e hortaliças também tendeu a crescer com a faixa etária e com o nível de escolaridade. As maiores frequências foram encontradas, entre homens, em Florianópolis (24,8%), Porto Alegre (23,2%) e Belo Horizonte (22,5%) e, entre mulheres, em Florianópolis (35,2%), em Belo Horizonte (34,7%) e no Distrito Federal (34,2%) (Brasil, 2013a). Entre os anos de 2008 e 2013, houve um aumento significativo ( $p < 0,05$ ), em ambos os sexos, da frequência do consumo recomendado de frutas e hortaliças. Em 2013, a frequência foi de 23,6%, sendo menor entre o sexo masculino (19,3%), do que entre o feminino (27,3%). A maior frequência (30%) foi encontrada em Florianópolis, Distrito Federal e Belo Horizonte (Brasil, 2014).

Nesta pesquisa, assim como o considerado em relação aos hábitos de praticar atividade física e não fumar, considerou-se o consumo de frutas e hortaliças uma prática que, além de prevenir doenças, também promove uma vida mais saudável. A identificação do IMC e dos diagnósticos de colesterol elevado, diabetes e hipertensão arterial, entre os servidores públicos participantes dessa pesquisa, auxiliarão na análise das práticas de saúde adotadas, por possuírem relação com hábitos alimentares ou de práticas de atividade física.

---

<sup>20</sup> Considerou-se a ingestão de 400 gramas de frutas e hortaliças por dia, o que equivale, aproximadamente, ao consumo diário de 5 porções desses alimentos. Para assegurar a necessária diversificação da dieta, limita-se em 3 o número máximo de porções diárias computado para frutas e em 1 o número máximo para sucos. No caso de hortaliças, computa-se um número máximo de 4 porções diárias, situação que caracteriza indivíduos que informam ter o hábito de consumir hortaliças cruas e hortaliças cozidas no almoço e no jantar. Essa questão foi perguntada apenas a indivíduos que informaram consumir frutas e hortaliças em 5 ou mais dias da semana.

### 3.2.1.4 Uso nocivo de álcool

O álcool contribui para mais de 60 tipos de doenças e lesões, embora também possa diminuir o risco de doença coronariana, acidente vascular encefálico e diabetes, se consumido levemente a moderadamente, de forma regular, sem o consumo excessivo. Embora exista uma grande variação no consumo de álcool entre as regiões do mundo, a média mundial é de 6,2 litros de álcool puro<sup>21</sup> por pessoa (com idade de 15 anos ou mais) por ano (WHO, 2009). Isso equivale a, aproximadamente, 354 doses padrão. No Brasil, a média é superior à mundial, sendo de 10,1 litros (WHO, 2013b), o equivalente a 577 doses, aproximadamente.

Mundialmente, são consumidos mais de 45% de álcool na forma de bebidas destiladas. Cerca de 36% de álcool é consumido em forma de cerveja, sendo o maior consumo na região das Américas (54,7%). O consumo de vinho é bastante baixo mundialmente (8,6%), com níveis significativos na Região Europeia (26,4%) e na Região das Américas (12%). O restante é consumido na forma de outras bebidas, como vinho de arroz, bebidas fermentadas feitas de milho, entre outras. No Brasil, o consumo de álcool, na forma de cerveja, corresponde a 54%, na forma de bebidas destiladas, a 40%, na forma de vinho, a 5% e, na forma de outras bebidas, a 1% (WHO, 2011c).

No Brasil, a partir da atualização do método de cálculo do fator de risco “Prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas - G.5” (Brasil, 2012a), considera-se, como medida de consumo abusivo de bebida alcoólica, por adultos (idade de 18 anos ou mais), 5 ou mais doses (para homem) ou 4 ou mais doses (para mulher), em uma única ocasião, em pelo menos uma vez nos últimos 30 dias. Uma dose de bebida alcoólica corresponde, nesse caso, a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada (Brasil, 2013a). Até 2008, no Brasil, utilizava-se, como parâmetro para estimar o consumo abusivo de álcool, o percentual estimado de indivíduos, na população de 15 anos ou mais, que consumia bebidas alcoólicas em quantidade e frequência superior a 2 doses

---

<sup>21</sup> As bebidas alcoólicas podem conter diferentes concentrações de álcool puro. Existe uma comparação entre as bebidas, em relação à quantidade de álcool existente em cada uma. Há uma quantidade específica de álcool puro, denominada “dose padrão”, que equivale a cerca de 14 gramas, ou seja, 17,5 ml de álcool puro (SUPERA, 2015).

diárias, para homens, e 1 dose diária, para mulheres (REDE Interagencial de Informação para a Saúde, 2008).

Em 2012, no conjunto da população brasileira adulta, das 26 capitais e Distrito Federal, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi de 18,4%, sendo quase três vezes maior entre homens (27,9%) do que entre mulheres (10,3%). Em ambos os sexos, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi mais frequente entre os indivíduos mais jovens e tendeu a aumentar com o nível de escolaridade. As maiores frequências, entre homens, foram observadas nas cidades de Salvador (38,5%), Teresina (34,8%) e Florianópolis (34,0%) (Brasil, 2013a).

No mundo inteiro, o álcool causa mais danos para os homens (6,2% dos casos de morte) do que para as mulheres (1,1% dos casos de morte), refletindo diferenças nos hábitos de consumo, tanto no padrão como em quantidade (WHO, 2011c). Ele é responsável por cerca de 20% dos casos de morte devido a acidentes de automóvel; 30% dos casos de morte por câncer de esôfago, câncer de fígado, epilepsia e homicídio; e 50% dos casos de morte por cirrose hepática (WHO, 2009).

Por conta da relevância das doenças não transmissíveis na definição do perfil epidemiológico da população brasileira e, mais importante, considerando-se que os fatores de risco para essas doenças são passíveis de prevenção, conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência desses fatores constitui-se como um primeiro passo para promover a saúde e enfrentar essas doenças (Brasil, 2013a).

Nesta pesquisa, além dos hábitos de praticar atividade física, de consumir frutas e hortaliças e de não fumar, considerou-se também o hábito de não fazer uso nocivo de álcool uma prática que promove uma vida mais saudável, além de prevenir doenças.

Em relação aos fatores de risco-proteção à saúde, o governo brasileiro tem priorizado ações a fim de reduzir a prevalência do consumo nocivo de álcool, aumentar a prevalência de atividade física no lazer, aumentar o consumo de frutas e hortaliças e reduzir a prevalência de tabagismo – metas nacionais definidas no “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil”, entre os anos de 2011 e 2022 (Brasil, 2011). Para alcançar essas metas, a mudança de práticas relacionadas à saúde é imprescindível. Compreendendo que conhecer os significados compartilhados sobre saúde pode auxiliar nesse processo, apresenta-se na subseção seguinte uma revisão acerca das RS e saúde.

### 3.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SAÚDE

Desde a década de 80, quando a TRS foi introduzida no Brasil, sua apropriação no campo da saúde vem ganhando destaque, especialmente em estudos os quais objetivam acessar o conhecimento social que orienta as práticas de um grupo quanto a seus problemas de saúde, ou seja, o conhecimento utilizado pelo grupo para interpretar esses problemas e justificar suas práticas sociais (Oliveira, 2011).

Por meio de um levantamento de dados, entre 1988 a 1997, realizado por pesquisadores de quatorze universidades em todo o Brasil, constatou-se que a grande área da saúde foi a segunda maior área de interface na qual a TRS foi adotada (correspondendo a 28%), em especial no âmbito da enfermagem e da saúde coletiva (Sá & Arruda, 2000). Camargo, Wachelke e Aguiar (2007) também constataram um crescimento na proporção de resumos da área “saúde” da primeira à quarta Jornada Internacional sobre Representações Sociais (JIRS), ocorridas entre 1998 e 2005, no Brasil.

O resultado desses levantamentos demonstra a relevância do pensamento de Moscovici para a abertura de novos campos de pesquisa, ligados à demanda dos países em desenvolvimento, e sua pertinência para áreas aplicadas da saúde, da comunidade e da educação, tanto no sentido da intervenção como no sentido da promoção de mudanças sociais (Camargo & Bousfield, 2011).

A história das representações sociais de saúde e doença sempre foi marcada pela inter-relação entre os corpos dos seres humanos, as coisas e os demais seres que os cercam. Entre os povos sem escrita, as representações primitivas de saúde e doença eram mágicas – a doença era vista como o resultado de influências de entidades sobrenaturais, externas, contra as quais o ser humano pouco podia fazer. Em uma concepção seguinte, a doença relacionava-se às crenças religiosas – era obra dos deuses e consequência do humor divino, independente da conduta humana (Sevalho, 1993).

A passagem do sobrenatural ao natural, com relação às representações de saúde e doença, foi estabelecida por Hipócrates (460-377 a.C.), por meio da perspectiva humoral. Eram quatro os humores (fluidos) principais no corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue. Deste modo, a saúde era baseada no equilíbrio desses elementos. O equilíbrio devia ser perseguido por meio de cuidados com o corpo – por meio de hábitos alimentares, exercícios físicos e higiene – em uma convivência harmônica com o ambiente natural, onde o ser humano era visto como parte integrada (Sevalho, 1993; Scliar, 2007).

Associada à ideia da higiene e aos cuidados com alimentos e ares identifica-se a perspectiva da infecção e do impuro, que ameaçam o corpo por meio de miasmas – excrementos humanos depositados na terra e alimentos, águas e ares putrefatos. Essa concepção também sempre revestiu as representações sociais de saúde e doença (Scliar, 2007).

Na Idade Média, o mundo ocidental viveu um período profundamente influenciado pela Igreja Católica, onde as representações de saúde e doença retomaram um caráter fundamentalmente religioso. A religiosidade cristã da época separava corpo e mente, enquanto carne e espírito. Embora o cuidado com o corpo não fosse tão importante quanto o cuidado com o espírito, permanecia certa necessidade de manter o corpo puro (Sevalho, 1993).

Para os animistas do século XVII e XVIII, a alma, enquanto princípio vital, habitava o corpo humano e era responsável pelo tônus que conservava e autorregulava a vida. O tônus propiciado pela alma se distribuiria pelo corpo, por meio do sangue e, com o seu desequilíbrio, resultaria em contrações ou relaxamentos – ocorrendo a doença (Sevalho, 1993).

Com uma leitura do corpo humano onde a atenção central não era colocada mais nos humores e líquidos, os elementos sólidos passaram a participar mais das representações de saúde e doença, dando lugar, no século XIX, à concepção microbiológica e, mais tarde, à concepção multicausal (incorporação do psicossocial para explicar o aparecimento e manutenção das doenças na coletividade, em interação com fatores físicos e biológicos) (Sevalho, 1993).

Com a finalidade de pesquisar a crescente produção científica a respeito das RS da saúde, foram procurados artigos nas bases de dados “Portal de Periódicos da Capes”, “EBSCOhost” e “SpringerLink”, utilizando as expressões “ ‘representações sociais’ AND saúde”, “social representations of health”, “ ‘social representations’ AND health” e os refinamentos relacionados à temática e à atualidade – publicações entre os anos de 2009 a 2013. Então, foram lidos todos os títulos dos artigos e, incluídos na análise, apenas aqueles cujos participantes eram adultos e sem identificação de alguma condição de doença<sup>22</sup>. Totalizaram-se 7 artigos, conforme exposto na Figura 2.

---

<sup>22</sup> Exceto a pesquisa de Caetano, Cruz, Silva, Leite e Carvalho (2012) cuja doença é relacionada ao trabalho, cujo contexto é o da presente dissertação.

<i><b>Autor(es)</b></i>	<i><b>Ano</b></i>	<i><b>Origem</b></i>	<i><b>Objetivos</b></i>	<i><b>Abordagem estrutural</b></i>
Caetano, Cruz, Silva, Leite, & Carvalho	2012	Brasil	RS da saúde e da doença entre trabalhadoras com distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho	Não
Torres, Carvalho, & Martins	2011	Brasil	RS sobre a saúde, a doença e o papel do profissional de saúde, entre estudantes de Odontologia e de Ciências Sociais, do primeiro e do último período de formação acadêmica	Sim
Brito & Camargo	2011	Brasil	RS de saúde, as crenças relativas aos cuidados com a saúde e a adoção de comportamentos saudáveis entre adolescentes, adultos e idosos	Sim
Camargo, Campos, Torres, Stuhler, & Matão	2010	Brasil	RS de saúde entre adolescentes, adultos e idosos do sexo masculino	Sim

*Figura 2.* Quadro com síntese de informações acerca dos 7 artigos analisados. Continua.

Torres López, Munguía Cortés, Pozos Radillo, & Aguilera Velasco	2009	México	RS de saúde e doença entre adultos	Sim
Murray, Pullman e Rodgers	2003	Canadá	RS de saúde e doença entre <i>baby-boomers</i>	Não
Åsbring	2012	Suécia	RS, de adultos e idosos, sobre saúde física, saúde mental e problemas de saúde	Não

Figura 2. Quadro com síntese de informações dos 7 artigos analisados.

A seguir, serão apresentados os principais resultados desses artigos, entre os quais 4 utilizaram a abordagem estrutural da TRS.

Caetano, Cruz, Silva, Leite, e Carvalho (2012) investigaram as representações sociais da saúde e da doença entre trabalhadoras com distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (DORT). Realizaram entrevistas semiestruturadas com 12 trabalhadoras, com idade entre 29 e 55 anos, sob o critério de estarem inseridas no Programa de Reabilitação Física, do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Juiz de Fora - MG, e com nexos ocupacionais de DORT. Todas as participantes eram de categorias profissionais similares sob o ponto de vista social – com baixa qualificação e remuneração. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temático-categorial.

Em relação à saúde, essas mulheres trabalhadoras representam-na como valor fundamental em suas vidas. Apresentaram um entendimento da saúde como ausência de doença e como saúde do corpo. Para elas, a saúde abrange uma vida livre de dor, em um corpo organicamente equilibrado. São representações ao nível da superação do adoecimento, de superação da dor e da incapacidade, comparando doenças mais graves como forma de sobrepujar suas situações.

Objetivando comparar as RS sobre a saúde, a doença e o papel do profissional de saúde, entre estudantes de Odontologia e de Ciências Sociais, do primeiro e do último período de sua formação acadêmica, Torres, Carvalho e Martins (2011) entrevistaram quarenta estudantes dos cursos de Odontologia (50%, n=40) e Ciências Sociais (50%); 25%



do primeiro período e 25% do último período de cada curso de uma universidade pública do Rio de Janeiro. O instrumento utilizado foi um formulário semiestruturado com uma pergunta de livre associação e outras 5 questões abertas, sendo submetidos os dados à análise de conteúdo.

Identificou-se que as RS dos estudantes do primeiro período de ambos os cursos foram semelhantes, associando o processo saúde-doença ao conceito de saúde da OMS, sendo que as palavras “bem-estar”, “sentir-se bem” e “equilíbrio” foram as que apareceram com maior frequência. Apontaram como determinantes para a saúde e a doença elementos de natureza predominantemente biológica: cuidados de higiene, alimentação e esportes. As RS dos estudantes do último período apresentaram diferenças visíveis. Enquanto os alunos das Ciências Sociais estabeleceram maior vínculo entre saúde e questões sociais da população (aspectos sociais, econômicos, políticos, estruturais e associados à realidade brasileira), estudantes de Odontologia apresentaram uma concepção de saúde bastante identificada com o conceito da OMS, somando a essa concepção apenas aspectos de natureza socioeconômica.

Brito e Camargo (2011) realizaram um diagnóstico das RS da saúde com o objetivo de comparar as RS de saúde, as crenças relativas aos cuidados com a saúde e a adoção de comportamentos saudáveis. Participaram do estudo 638 pessoas, emparelhadas por sexo e faixa etária (adolescente, adulto e idoso). O instrumento de coleta de dados foi composto por 19 questões divididas em quatro partes: 1- Características sociodemográficas; 2- Diagnóstico da RS de saúde, envolvendo um teste de evocação livre<sup>23</sup> a partir do estímulo indutor “Saúde”; 3- Questões relativas aos comportamentos de saúde, comportamento preventivo e hábitos relativos à saúde; 4- Questões relacionadas às crenças normativas (familiar e amizades).

A questão de evocação livre resultou em um total de 3.017 palavras, com 635 palavras distintas. Destacaram-se os elementos “alimentação, bem-estar, exercício, médico, hospital, cuidado, vida, esporte, felicidade, doença, qualidade de vida, higiene, prevenção, importante, disposição, saudável e tranquilidade”. Com significativa frequência quando comparados aos demais elementos, “alimentação, bem-estar e exercício” assumiram maior força para a centralidade. A partir desses elementos, verificou-se que, para os participantes, a saúde

---

<sup>23</sup> Esta técnica consistiu em solicitar ao participante que escrevesse livremente 5 palavras relacionadas ao estímulo indutor (Brito & Camargo, 2011).

está atrelada aos cuidados preventivos, sendo que estes podem ocasionar bem-estar. Todavia, além de aspectos relacionados à atenção primária, ou seja, relativos à prevenção, elementos como “médico e hospital” evidenciaram o aspecto mais curativo, ligados à atenção terciária à saúde.

Os elementos periféricos com alto grau de ativação – “lazer, remédio, trabalho, longevidade, família, amor, paz, amizade, exame e plano de saúde” – confirmaram os indicativos da relação entre saúde e aspectos curativos, a partir dos elementos “remédio e exame”. Compreendeu-se também que o tipo de serviço e a rede social afetam a representação de saúde, ideias evocadas pelos elementos “plano de saúde” e “família”, respectivamente. Outro destaque foram os elementos de ordem da subjetividade, como “amor” e “paz”. Os elementos pouco evocados, representados pelas seguintes palavras: “posto de saúde, necessidade, atividade, preocupação, qualidade, mau atendimento, precariedade e corpo” remetem à qualidade da prestação de serviços e à falta de eficiência do sistema de saúde. Denota-se que a compreensão de saúde está ligada também à estrutura de seu sistema.

A partir das palavras evocadas, foi possível verificar indicativos de quatro aspectos diferentes da RS da saúde para esses participantes: 1- Preventiva: relacionada com comportamento de cuidados de saúde, apontando práticas do que fazer para se ter saúde; 2- Curativa: relacionada aos aspectos relativos ao tratamento de doenças; 3- Subjetiva: relacionada ao bem-estar e atrelada ao estado emocional, o que interfere diretamente na representação preventiva; 4- Programática: relacionada à constituição do sistema de saúde e a sua operacionalização na garantia do direito à saúde.

Entre as categorias “alimentação e atividade física” e “bem-estar e estado emocional” identificou-se uma conexão forte e moderada, respectivamente. Evidenciou-se o papel organizador principalmente das categorias “alimentação e atividade física”, sendo que “alimentação” organizou aspectos referentes ao bem-estar, à prevenção e ao cuidado; e “atividade física” organizou aspectos relacionados ao lazer. A forte conexão entre as categorias centrais “alimentação e atividade física” foi indicativa de que a noção de saúde e a sua manutenção se associam aos cuidados preventivos.

Dentre outros objetos, Camargo, Campos, Torres, Stuhler e Matão (2010) investigaram, segundo a abordagem estrutural da TRS, as RS da saúde de 639 homens, divididos de forma pareada considerando a cidade (Florianópolis-SC e Goiânia-GO) e o grupo etário (adolescente, adulto e idoso). O grupo de adolescentes constituiu-se de estudantes do

ensino médio; O grupo de adultos constituiu-se de estudantes, funcionários e professores; O grupo de idosos (a partir de 60 anos) constituiu-se de frequentadores de núcleos de estudos, de grupos de terceira idade e de universidades. Como instrumento, foi utilizado um questionário semiestruturado, autoadministrado em situação coletiva, contendo: 1- Questões sociodemográficas dos participantes; 2- Teste de evocação livre com a palavra “saúde” como termo indutor; 3- Questões de múltipla escolha e dissertativas sobre saúde, cuidado em saúde, prevenção, vulnerabilidade e risco.

Os resultados da associação livre com o termo indutor “saúde” evidenciaram elementos que poderiam fazer parte do núcleo central: “alimentação”, “bem-estar”, “exercício físico”, “hospital” e “vida”, que juntos constituíram 35% das evocações. Ao compararem as evocações por grupos etários, os autores verificaram maiores diferenças entre os adolescentes e adultos. Estes evocaram com maior frequência as palavras “qualidade de vida, trabalho, família, prevenção e cuidado”, enquanto aqueles destacaram com maior frequência as palavras “doença, esporte, remédio e hospital”. Os adolescentes representaram a saúde no âmbito curativo, enquanto o grupo de adultos relacionou saúde com a produtividade laboral – quanto o poder trabalhar se relaciona à manifestação de saúde e até mesmo com a qualidade de vida.

As RS da saúde para esses 639 homens evidenciaram estas quatro perspectivas: 1- a preventiva; 2- a curativa/medicalizada; 3- a subjetiva; e 4- a funcional. A preventiva evidenciou os comportamentos preventivos e hábitos saudáveis; A curativa/medicalizada evidenciou os serviços, especialmente focados no hospital e na medicação; A subjetiva evidenciou a saúde enquanto condição de bem-estar e qualidade de vida; A funcional evidenciou a saúde enquanto equipamento de prestação de serviços, públicos ou privados, que demandam custo, tempo, ausência no trabalho e caracterizam a dimensão econômica como demarcador do acesso à saúde.

Utilizando a abordagem estrutural da TRS, Torres López, Munguía Cortés, Pozos Radillo e Aguilera Velasco (2009) realizaram um estudo objetivando identificar o conteúdo e a organização das RS sobre os conceitos de saúde e doença de uma população adulta de Guadalajara, México. Participaram deste estudo 55 mulheres e 44 homens da classe média, sendo 44,1 anos a média de idade das mulheres e 47,6 anos, a dos homens. 67% das pessoas correspondiam a um grupo de idade entre 36 e 50 anos. Em uma primeira fase, foi aplicado um teste de evocação livre a 60 participantes, com as palavras “saúde” e “doença” como termos indutores. Na segunda fase, a partir das respostas

mais frequentes do teste de evocação, foram elaborados dois questionários: um para o conceito de saúde e outro para o conceito de doença. Esse instrumento, aplicado a 39 participantes, permitiu aos entrevistados fazerem uma avaliação dos termos selecionados de modo a formar pares com eles, a fim de realizar uma representação gráfica das conexões das palavras.

Os resultados da associação livre com o termo indutor “saúde” evidenciaram os elementos “atividade”, “energia”, “boa nutrição”, “estar bem” e “ser feliz”. Para as mulheres, o elemento “trabalho” apareceu como palavra central, ligado a “amor”, “bem-estar”, “alegria” e “limpeza”, enquanto que para os homens, a “limpeza” apareceu como palavra central, ligada a “trabalho”, “amor” e “alegria”. Assim, para essas mulheres, ter um emprego e viver com bem-estar, alegria e amor é representativo do conceito de saúde, enquanto que, para esses homens, a saúde é uma situação de higiene (limpeza) dentro de um ambiente em que se tem um emprego e existem condições de expressão de amor e alegria.

Os resultados revelaram a visão holística acerca do conceito de saúde dos participantes, a qual incluiu aspectos físicos e emocionais. Os elementos mais importantes foram a “limpeza” e “higiene”, como aspectos básicos na prevenção de doenças, assim como o desempenho de um trabalho como um identificador de que se tem boa saúde. Os homens destacaram a importância de não se ter vícios (como consumo de álcool), assim como o estilo de vida representou, para eles, em grande medida, uma das causas de doenças. As mulheres ressaltaram a questão de a saúde possibilitar a manutenção de boas relações interpessoais.

Murray, Pullman e Rodgers (2003) exploraram como “baby boomers” (aqueles indivíduos que nasceram no período de 20 anos após a Segunda Guerra Mundial, entre 1945 e 1965), de uma região no Canadá, definiam saúde e doença. Foram analisados os dados provenientes de um total de 154 participantes, sendo 92 mulheres e 62 homens, de diferentes origens socioeconômicas, classificados, em função da ocupação, em três categorias – popular/classe trabalhadora, classe média e classe profissional/gerencial superior. Todos os participantes se situavam na faixa etária de 45-55 anos, a vanguarda do “baby boom”. Para a coleta de dados, foram realizadas 28 entrevistas individuais e 20 grupos de discussão, transcorridos nas quatro províncias do leste do Canadá. As discussões seguiram uma série de temas amplos e os participantes foram incentivados a refletirem sobre suas experiências de saúde, doença e envelhecimento. Abordaram-se as

questões: 1- O que saúde significa para você?; 2- O que significa estar doente?

Apesar das variações nas definições utilizadas, os participantes apresentaram uma definição multidimensional da saúde. Para descrevê-la, os autores elaboraram 6 categorias: 1- Saúde como estilo de vida: à época da juventude dos participantes, faltavam informações sobre os riscos da bebida e do fumo; 2- Saúde como atitude: dependente da orientação da pessoa. É algo que tem de ser trabalhado para se atingir e manter; 3- Saúde como engajamento social: aquelas pessoas que possuem fortes relações familiares e na comunidade são saudáveis; 4- Saúde como reserva: dependente de boa genética, hereditariedade; 5- Saúde como funcionalidade: os homens frequentemente se referem ao trabalho em suas definições de saúde. Para eles, a saúde é a capacidade de continuar a trabalhar; 6- Saúde como um vácuo: definição negativa de doença – saúde como a ausência de doença.

Verificou-se que havia um dever moral compartilhado para ser saudável, mais especificamente entre a classe média, enquanto que os participantes da classe popular procuraram justificar a dificuldade que eles experimentavam na tentativa de se adequar à norma social esperada. O estresse apareceu como um marcador de dificuldades financeiras e uma maneira de se referir à pobreza. Os autores identificaram que a mensagem de saúde pública referente ao estilo de vida foi adotada, porém foi equilibrada com uma tomada de consciência do papel de outros fatores nas condições de saúde. Os participantes descreveram um movimento em relação à geração passada: passou-se de uma falta de preocupação com a saúde para a saúde sendo considerada como algo que pode ser alcançado por meio da adoção de um estilo de vida saudável.

Em Estocolmo, Suécia, Åsbring (2012) investigou o modo como as pessoas residentes nessa região descreviam as causas de sua saúde física e mental e de seus problemas de saúde. A taxa de resposta ao questionário foi de 36% ( $N = 1425$ ). A média de idade da amostra foi de 43 anos.

Em geral, os problemas de saúde foram pensados, pelos participantes dessa pesquisa, como sendo causa de maus hábitos de saúde. Referiram também que, às vezes, ocorre uma cadeia de eventos, em que um evento negativo (por exemplo, o estresse) levaria a outros eventos adversos (por exemplo, insônia), que por sua vez poderia ter ainda mais consequências negativas. Alguns distúrbios foram considerados fora do controle pessoal (por exemplo, doenças

hereditárias) e outros, em contrapartida, ligados às próprias responsabilidades da pessoa (por exemplo, má alimentação).

Para os participantes dessa pesquisa, uma boa saúde foi descrita como dependente de: automotivação; atividades desenvolvidas a fim de se permanecer saudável e se sentir bem (por exemplo, exercício); boas condições preexistentes (por exemplo, uma boa vida familiar); ausência de aspectos negativos para a saúde (por exemplo, estresse); evitação do que é percebido como ruim para a saúde (por exemplo, o fumo) e a moderação de hábitos pouco saudáveis (por exemplo, o álcool). Um estilo de vida saudável foi visto como importante em todas as faixas etárias, mas foi um pouco mais proeminente entre os homens. As mulheres, em geral, descreveram os aspectos sociais e de lazer como mais importantes para a saúde do que os homens o fizeram. Os resultados tornaram aparente a responsabilidade atribuída ao indivíduo em relação à sua saúde, em especial, no que diz respeito aos problemas provenientes de estilos de vida. No entanto, também foram observados vários aspectos considerados fora do próprio controle, portanto, isentos de responsabilidade.

Entre os estudos que utilizaram um teste de associação de palavras (Torres, Carvalho, & Martins, 2011; Brito & Camargo, 2011; Camargo, Campos, Torres, Stuhler, & Matão, 2010; Torres López, Munguía Cortés, Pozos Radillo, & Aguilera Velasco, 2009), observa-se, conforme a Figura 3, uma similaridade entre as palavras mais evocadas e mais prontamente evocadas. No entanto, em nenhum dos estudos há a indicação de que foi realizada a confirmação da centralidade do(s) elemento(s) da RS.

<b>Estudo 1<sup>24</sup></b>	<b>Estudo 2<sup>25</sup></b>	<b>Estudo 3<sup>26</sup></b>	<b>Estudo 4<sup>27</sup></b>
Bem-estar Sentir-se bem	Bem-estar	Bem-estar	Estar bem
-	Alimentação	Alimentação	Boa nutrição
-	Atividade física	Exercício físico	Atividade

*Figura 3.* Palavras sinônimas repetidas nos estudos de evocação livre.

De acordo com essa breve análise, observa-se que essas palavras, evocadas pelos diferentes grupos pesquisados, expressam ideias

<sup>24</sup> Torres, Carvalho, & Martins (2011).

<sup>25</sup> Brito & Camargo (2011)

<sup>26</sup> Camargo, Campos, Torres, Stuhler, & Matão (2010)

<sup>27</sup> Torres López, Munguía Cortés, Pozos Radillo, & Aguilera Velasco (2009)

correspondentes a alguns conhecimentos do universo reificado. A palavra “bem-estar” aparece na definição de saúde, da OMS, como sendo o “estado de completo *bem-estar* físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1946), enquanto as palavras “alimentação”/“nutrição” e “exercício físico”/“atividade” estão relacionadas também às políticas dessa mesma Organização, abordadas na “Estratégia Global para Dieta, Atividade Física e Saúde” (WHO, 2004) e, mais especificamente, nas “Recomendações Globais sobre Atividade Física para a Saúde” (WHO, 2010).

Por existir uma grande quantidade de variáveis que atuam na determinação de ações humanas, prever comportamentos a partir de representações sociais não é uma operação direta (Wagner, 2003). Entendendo que representações sociais podem orientar comportamentos de saúde (denominados, neste estudo, práticas de saúde), esta pesquisa intenta contribuir para o avanço teórico das relações entre práticas e representações sociais, e mais especificamente, dessas relações na área da saúde.

Identificando, durante a revisão da literatura, que as pesquisas de RS abordam a saúde enquanto conceito amplo, sem trazer uma dimensão mais operacional, ligada a práticas, esta pesquisa aprofundará esta última dimensão, no sentido de agregar mais elementos para a análise das relações entre RS sobre saúde e práticas de saúde. Visando contribuir para a realização dessa análise, a subseção seguinte apresentará uma revisão acerca da relação entre saúde e trabalho, importante enquanto temática transversal ao fenômeno da saúde.

### 3.4 SAÚDE E TRABALHO

A realidade vem exigindo dos pesquisadores envolvidos com a temática da saúde mais esforço para compreender as mudanças na organização do trabalho, as quais transformaram o modo como os trabalhadores fazem uso de suas capacidades físicas, cognitivas e afetivas. Os efeitos dessas transformações sobre a saúde ainda não são adequadamente conhecidos ou dimensionados. Tradicionalmente, foram estudados isoladamente pelas disciplinas que constituem os campos da saúde e do trabalho. No entanto, faz-se necessário compreender esses efeitos à luz da interseção teórica entre essas duas áreas (Assunção, 2003).

A maneira como o trabalho interfere na vida e na saúde das pessoas é uma das grandes questões deste século (Maeno & Carmo,

2005). No Brasil, a discussão acerca de uma nova concepção de saúde do trabalhador surgiu a partir do Movimento Sanitário e do processo de redemocratização do país, nos anos 70 e 80, como resposta institucional às demandas da sociedade, dos movimentos sindicais e dos movimentos sociais. A saúde do trabalhador passou, então, a ser considerada um direito constitucional e universal, estabelecido no Art. 200 da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) e de competência do SUS: “II - executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do Trabalhador” e “VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”.

No contexto histórico de construção dessa área, complementa-se à Constituição Federal a Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990a), que, em seu Art. 6º, define a Saúde do Trabalhador como um conjunto de atividades que se destina, por meio de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

Assim, a área de Saúde do Trabalhador configurou-se como um campo em construção no espaço da saúde pública e, para executar ações nessa área, definiu-se como seu objeto de estudo a compreensão do processo saúde-doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho (Mendes & Dias, 1991). Sob essa ótica, almeja-se compreender o adoecer e o morrer dos trabalhadores, por meio do estudo dos processos de trabalho, de forma articulada com o conjunto de valores, crenças e representações sociais (Rocha, Rigotto, & Buschinelli, 1994).

Tal como no Brasil, onde houve a construção de uma nova concepção de saúde do trabalhador, superando o paradigma das áreas de medicina do trabalho e da saúde ocupacional, o Instituto Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional Norte Americano (NIOSH) introduziu e registrou o termo “Saúde Total do Trabalhador”, em 2011, a fim de assinalar formalmente a expansão da tradicional segurança e saúde ocupacional, integrando o conceito de promoção à saúde (Anger, Elliot, Olson, Rohlman, Kuehl, Bodner, Truxillo, Hammer, & Montgomery, 2015). Essa abordagem considera que o trabalho é um dos determinantes sociais da saúde e fatores relacionados a ele, tais como salário, horas de trabalho, local de trabalho, carga de trabalho, níveis de estresse e interações com colegas podem ter um impacto importante sobre a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, suas famílias e suas comunidades. (NIOSH, 2012).



Observou-se que fatores de risco relativos ao trabalho podem contribuir para o desenvolvimento de problemas de saúde anteriormente não considerados relacionados, como por exemplo, variações anormais de peso (Luckhaupt, Cohen, Li, & Calvert, 2014), distúrbios do sono (Caruso, 2014), doenças cardiovasculares (Luckhaupt & Calvert, 2014) e depressão (Wulsin, Alterman, Bushnell, Li, & Shen, 2014). Reconhecendo essas relações emergentes, essa abordagem explora, nos locais de trabalho, oportunidades de proteger os trabalhadores e também promover a sua saúde e bem-estar (NIOSH, 2012).

Avançando conforme essa tendência de mudança paradigmática, ocorrida no mundo ocidental, o Brasil instituiu, em 2012, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, por meio da Portaria n.º 1.823, de 23 de agosto (Brasil, 2012b), que estabelece os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observadas pelas três esferas de gestão do SUS para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador. Destacam-se, como objetivos dessa Política, “ampliar o entendimento de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção” e “V- incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-as nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde”.

São sujeitos dessa Política, segundo o Art. 3º,

“todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado”.

Embora não tendo se desenvolvido com a urgência exigida pela realidade de saúde do Brasil, o campo da Saúde do Trabalhador teve uma progressiva construção teórico-metodológica, que vem impactando na organização de serviços específicos de atenção à saúde do trabalhador, nos métodos de intervenção nos ambientes de trabalho e na produção de pesquisas acadêmicas. Contraditoriamente, esse processo teve pouca repercussão prática com relação à saúde do servidor

público<sup>28</sup>, cuja trajetória foi se dando à margem do SUS (Zanin, Künzle, Perna, & Muntsch, 2015).

Apesar do avanço com a implantação das políticas públicas brasileiras, o trabalho do servidor público, presente cotidianamente na vida dos cidadãos, ainda guarda “atrás do balcão” algumas faces desconhecidas – uma delas é a saúde. No Brasil, houve uma tendência em executar ações direcionadas à saúde dos trabalhadores vinculados às organizações privadas, deixando uma importante lacuna na atenção à saúde dos servidores públicos e de tantos outros trabalhadores em condições diversas (Rammingier & Nardi, 2007).

No âmbito da esfera federal, a ausência de um sistema de notificação dos agravos à saúde – licenças médicas, acidentes de trabalho, aposentadorias por invalidez e readaptações funcionais – dificultou a construção do perfil de adoecimento dos servidores públicos e o real dimensionamento das questões relacionadas à sua saúde (Brasil, 2010b). Como iniciativa para resolver esse problema, criou-se, em 2003, a Coordenação-Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor (COGSS) e, em 2006, criou-se também o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal (SISOSP).

Em 2005, no III Encontro Nacional de Dirigentes de Recursos Humanos do Sistema de Pessoal Civil (SIPEC) da Administração Pública Federal, o Coordenador-geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor, da Secretaria de Recursos Humanos, do Ministério do Planejamento, apresentou um quadro com dados de pesquisa (não publicada na íntegra), a qual constatou que o servidor público federal adoece 25 vezes mais que o trabalhador da iniciativa privada; que o serviço de perícia médica, apesar de existir em 64% dos órgãos, só atende a 14,3% dos servidores públicos lotados nos estados; e apenas 22% dos servidores públicos recebem ações no âmbito da segurança do trabalho (MPOG, 2015).

Diante desse cenário, em 2007, iniciou-se a construção coletiva de uma Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS), que objetivava possuir uma sustentação em base legal, instituir um sistema de informação e notificação, criar uma rede de unidades e serviços e garantir recursos financeiros específicos para a execução de ações e projetos (Brasil,

---

<sup>28</sup> Servidor, para os efeitos da Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990 (Brasil, 1990b), é a pessoa legalmente investida em cargo público, que é o conjunto de atribuições e responsabilidades previstas na estrutura organizacional que devem ser cometidas a um servidor.

2010b). A consequência desse movimento foi a substituição, em 2009, do COGSS e SISOSP pelo Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) (Brasil, 2009), responsável pela execução da PASS.

Apesar de esse Subsistema existir desde o ano 2009, atualmente, não foi encontrada publicação, acerca do perfil de saúde dos servidores públicos federais, produzida pelo SIASS, nem por outros setores governamentais afins. No portal de periódicos CAPES/MEC, utilizando os descritores “SIASS AND saúde”, “SIASS AND ‘Federal Public’” e apenas “SIASS” foram encontrados, ao todo 93 resultados, porém, somente um deles, uma dissertação, abordava aspectos afins a essa temática – o quantitativo de afastamentos por licença saúde (sem discriminar por qual problema de saúde) concedidos pela Unidade SIASS da Universidade Federal do Pará (Pantoja, 2011).

Mesmo assim, no contexto brasileiro, a criação dessas políticas públicas é um avanço no reconhecimento da relação saúde-trabalho, sendo necessário avançar na implantação dessas políticas e na avaliação/divulgação de seus resultados. Pensar e pesquisar sobre saúde e seus determinantes, bem como gerir os serviços de saúde, ainda são tarefas desafiadoras, que exigem considerar a complexidade desse fenômeno, incluindo a dimensão do trabalho.

Tendo em vista a lacuna na divulgação de conhecimento na área de saúde do servidor público federal e a relevância da categoria “trabalho” em análises voltadas à saúde de populações, no âmbito dessa pesquisa, investigou-se a relação entre a própria saúde do servidor e o seu trabalho, por meio da pergunta “Você considera que a sua condição de saúde possui alguma relação com o seu trabalho?”, a fim de que essa dimensão também possa subsidiar a compreensão da relação entre representações sociais e a adoção de práticas sociais de saúde.

## 4. MÉTODO

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de modelo descritivo com corte transversal. Nesse tipo de estudo, busca-se especificar propriedades e características importantes do fenômeno analisado, por meio da medição ou coleta de informações em um só momento (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006).

O delineamento dessa pesquisa é o levantamento sistemático de dados, cujo objetivo é estudar pequenas ou grandes populações, por meio de amostras, para descobrir a incidência relativa, a distribuição e inter-relações de variáveis psicológicas e sociológicas (Kerlinger, 1980).

### 4.2 PARTICIPANTES

Participaram dessa pesquisa 132 servidores públicos de uma IES brasileira, com idade entre 24 e 64 anos ( $M = 43$  anos e 4 meses;  $DP = 10$  anos e 11 meses), sendo 12 participantes de cada uma de suas 11 Unidades Universitárias (estas apresentadas em forma de suas respectivas siglas), pareados por categoria profissional e sexo – 6 técnico-administrativos em educação (3 de cada sexo) e 6 docentes (3 de cada sexo), conforme Figura 4.

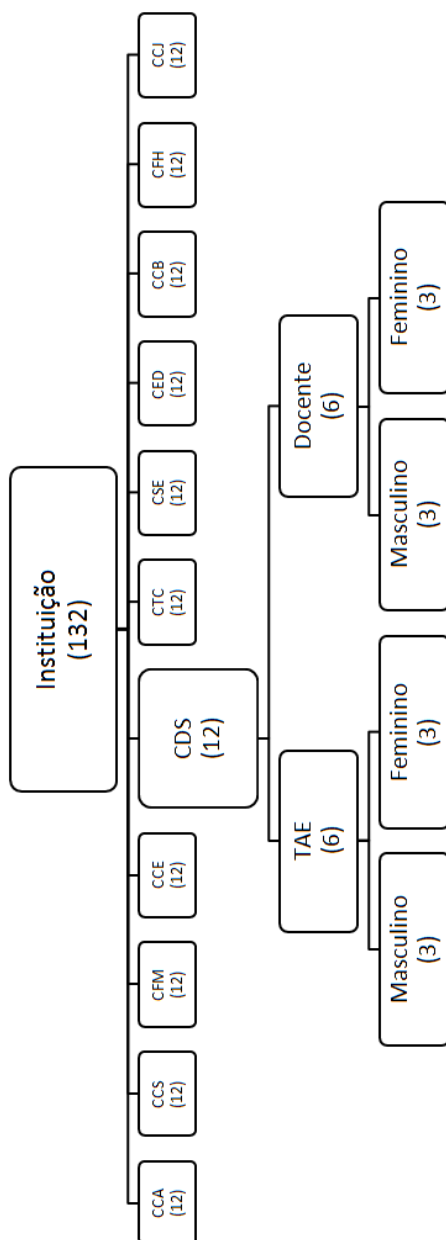


Figura 4. Apresentação esquemática da quantidade de participantes, entre parênteses, por Unidade Universitária, categoria profissional e sexo.

Para constituir a amostra, os critérios de inclusão foram: a) ser servidor ativo e estatutário<sup>29</sup>; b) não estar afastado ou em licença<sup>30</sup>; c) estar lotado em uma das 11 Unidades Universitárias (chamadas pela comunidade universitária de “Centros de Ensino”, nomenclatura utilizada nesta pesquisa na análise de dados).

O processo de amostragem foi por meio de *snowball sampling* (traduzido livremente para *técnica da bola de neve*). Segundo Goodman (1961), a técnica da bola de neve começa com a obtenção de uma amostra aleatória de uma dada população finita. Este esquema de amostragem difere em alguns aspectos dos modelos mais usuais, onde o tamanho da amostra é fixado com antecedência, ou quando a relação entre o tamanho da amostra e o tamanho da população é fixa. Em seguida, cada indivíduo dessa amostra é solicitado a nomear  $k$  indivíduos diferentes na população, em que  $k$  é um número inteiro determinado. Por exemplo, cada indivíduo pode ser solicitado a nomear os seus  $k$  melhores amigos, ou nomear os  $k$  indivíduos de quem busca frequentemente a opinião, etc. (Por uma questão de simplicidade, assume-se que um indivíduo não pode incluir a si mesmo em sua lista).

Os indivíduos que não estavam na amostra aleatória, mas foram nomeados por indivíduos da amostra aleatória, formam o primeiro estágio. Cada indivíduo do primeiro estágio é, então, demandado a nomear  $k$  indivíduos diferentes (assume-se também que seja a mesma pergunta para todos os indivíduos e que  $k$  seja o mesmo). Os indivíduos que não estão na amostra aleatória, nem no primeiro estágio, mas foram nomeados por indivíduos que estão no primeiro estágio, formam o segundo estágio. De acordo com Albuquerque (2009), esse procedimento é repetido até que o tamanho pré-definido da amostra seja alcançado ou até que a população fique saturada, ou seja, até que se esgotem seus membros acessíveis.

Nesta pesquisa, o procedimento foi repetido até se obter uma amostra com um pouco mais de 100 participantes, número mínimo para analisar alguns dados textuais, objetivando identificar a estrutura das representações sociais, bem como possibilitar a análise de dados por meio da técnica de estatística formal.

---

<sup>29</sup> Regido pela Lei 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais (Brasil, 1990b).

<sup>30</sup> Concernente ao Capítulo IV- Das Licenças e Capítulo V- Dos Afastamentos, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 (Brasil, 1990b).

#### 4.3 CAMPO DE PESQUISA

De acordo com a sua organização e respectivas prerrogativas acadêmicas, essa instituição é uma IES credenciada como universidade (Brasil, 2006). Segundo o Art. 52 da Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Brasil, 1996), “as universidades são instituições pluridisciplinares de formação dos quadros profissionais de nível superior, de pesquisa, de extensão e de domínio e cultivo do saber humano...”.

Essa IES possui uma de suas sedes em Florianópolis-SC, cuja estrutura compreende 11 Centros de Ensino. Outros *Campi* e Unidades Administrativas também fazem parte de sua estrutura, as quais não integraram o escopo desta pesquisa.

No boletim de dados da Instituição, referentes ao ano 2015, (última divulgação), sua população universitária totalizou 51.866 pessoas, dentre as quais, 46.251 constituíram o corpo discente (Educação Básica e Educação Superior) e 5.615, o corpo funcional vinculado ao Regime Jurídico Único (composto por Técnico-Administrativos em Educação e Docentes) (UFSC, 2016).

#### 4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi aplicado um questionário composto por: 1- questões referentes ao diagnóstico da estrutura das RS de práticas de saúde e da estrutura e conteúdo das RS de saúde, integrando dois testes de evocação livre em que a palavra “saúde” e a expressão “práticas de saúde” foram utilizadas como termos indutores. Compõe este bloco de questões a escolha das duas palavras consideradas as mais importantes dentre as evocadas, uma questão aberta para explicação da escolha dessas duas palavras e outra questão aberta para discorrer acerca do significado de “saúde”; 2- questões referentes à autoavaliação de “saúde em geral”, à autoavaliação da “qualidade de vida” e à autoavaliação da “saúde física e mental”; 3- questões fechadas relativas às práticas de saúde dos participantes (uso de tabaco e álcool, prática de atividade física e alimentação); 4- questões fechadas acerca de fontes de informação sobre saúde e uso de serviços de saúde; 5- questão aberta sobre a relação percebida entre a saúde do participante e seu trabalho; 6- variáveis clássicas como “sexo-idade-nível social” para a caracterização da amostra (Ghigliione & Matalon, 1993, p. 313). A variável “nível social” abrangeu, nesta pesquisa, a categoria socioprofissional (expressa pelo cargo) e o grau de instrução.

A técnica da evocação livre é também conhecida como associação livre ou teste por associação de palavras (Oliveira, Marques, Gomes, & Teixeira, 2005). Essa técnica consiste em solicitar aos sujeitos que falem ou registrem, livre e rapidamente, palavras ou expressões que lhes vêm imediatamente à lembrança a partir de um estímulo que pode ser visual (objetos, gravuras ou palavras escritas) ou auditivo (quando o pesquisador menciona o termo indutor).

O termo indutor pode ser o próprio rótulo que designa o objeto de estudo ou outro termo que sugira o objeto investigado. Conforme destacado por Oliveira *et. al.* (2005), a quantidade de palavras ou expressões a serem evocadas deve ser estabelecida previamente pelo pesquisador. Então, nesta pesquisa, foram selecionados, como termos indutores, os próprios rótulos que designam os objetos a serem pesquisados (“saúde” e “práticas de saúde”) e foi estabelecida a quantidade de 5 palavras a serem evocadas.

As questões de escolha das duas palavras mais importantes, entre as 5 evocadas, e as questões abertas de justificativa dessas escolhas estão relacionadas a procedimentos complementares à técnica de evocação livre, uma vez que constituem critérios para a determinação dos elementos centrais e periféricos de uma RS (Oliveira *et. al.*, 2005).

#### 4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Primeiramente, o projeto foi submetido à análise do comitê de ética e pesquisa com seres humanos da UFSC, conforme descrição na subseção denominada ASPECTOS ÉTICOS. Após adequações feitas e a aprovação do projeto, os servidores foram convidados a participar de forma voluntária, sendo garantido o sigilo e anonimato, e esclarecidos de que poderiam desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo em relação ao seu trabalho. Após concordarem em participar do estudo, solicitou-se a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados foram coletados por meio do questionário autoadministrado em local de trabalho. No processo de coleta de dados, buscou-se tomar cuidado para que, em momento algum, os trabalhadores se sentissem obrigados a participar do estudo. Foi informado que a pesquisa não era vinculada e promovida pela instituição, e sim pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, atendendo a seus propósitos.

O procedimento de coleta de dados durou aproximadamente seis meses, de outubro de 2014 a março de 2015. Nesse período, a pesquisadora percorreu os 11 Centros de Ensino do *campus* em



Florianópolis-SC, 10 localizados no bairro Trindade e 1 no bairro Itacorubi, à medida que os participantes nomeavam potenciais novos respondentes. Com a intenção de agradecer a disponibilidade e o tempo despendido ao participar da pesquisa, foi entregue aos servidores uma mensagem, contendo o nome da pesquisa, colada a um pequeno chocolate (APÊNDICE C – Ilustração procedimento de coleta de dados).

#### 4.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados por meio das questões fechadas foram analisados por estatística descritiva (distribuição das frequências absoluta e relativa, medidas de dispersão e tendência central) e inferencial, empregando-se o Programa Estatístico Stata IC 12 (StataCorp, 2011).

As palavras evocadas pelos participantes, por meio do teste de evocação livre (que identifica a estrutura de uma RS), foram agrupadas, manualmente, em categorias, segundo critério semântico: classificadas conforme um significado em comum. Cada categoria foi intitulada com o nome da palavra mais frequente. Com o auxílio do *software* gratuito IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), desenvolvido por Pierre Ratinaud (2009), foi realizada uma análise prototípica, em que as respostas fornecidas pelos participantes têm duas de suas coordenadas calculadas: a frequência no *corpus* do grupo e a ordem média de evocação, isto é, o valor resultante de uma média, em que o valor um é atribuído para a resposta que é fornecida em primeiro lugar, o valor dois para a segunda resposta, e assim por diante (Vergès, 1992). Assim, os critérios de frequência e ordem de evocação se complementam e fornecem dois indicadores para caracterizar a saliência de uma palavra em um *corpus*. O resultado da análise prototípica é um diagrama com quatro quadrantes – gerados pelo cruzamento desses dois critérios (Wachelke & Wolter, 2011) – os quais representam quatro dimensões da estrutura da RS.

O primeiro quadrante (superior esquerdo) indica as palavras que têm alta frequência (uma frequência maior que a média) e baixa ordem de evocação (aquelas palavras que foram mais prontamente evocadas). No segundo quadrante (superior direito), temos a primeira periferia, com as palavras que têm alta frequência, mas que tiveram ordem média maior, ou seja, não foram tão prontamente evocadas. No terceiro quadrante (inferior esquerdo), a zona de contraste contém elementos que foram prontamente evocados, porém com frequência abaixo da média. Por fim, a segunda periferia no quarto quadrante (inferior direito) indica

os elementos com menor frequência e maior ordem de evocação (Camargo & Justo, 2013).

Posteriormente, os dados foram submetidos a uma análise de similitude, realizada por meio do mesmo *software*. Esse tipo de análise baseia-se na teoria dos grafos (Moliner, 1994) e permite calcular e representar graficamente as coocorrências entre as categorias mencionadas pelos participantes. Essa técnica também permite a explicitação do conteúdo e da estrutura de uma RS (Oliveira *et. al.*, 2005), uma vez que os elementos centrais seriam aqueles com mais forte ligação com os demais elementos (Moliner, 1994). O resultado dessa análise é representado graficamente em forma de “árvore máxima”, onde as categorias são representadas pelos vértices (com formatos circulares coloridos e tamanhos que variam proporcionalmente à frequência delas) e as relações de conexidade entre as categorias são representadas pelas arestas, que fazem a ligação entre elas, demonstrando a coocorrência dentro de um grupo de evocações (Vergès, 2002).

A produção textual advinda da questão aberta “O que é saúde para você?” foi interpretada utilizando a técnica da análise lexical, que tem como unidade de análise as palavras. Nesse tipo de técnica, os dados textuais são submetidos a cálculos estatísticos para identificação, quantificação e organização dos vocábulos. Somente após esse processo, os dados resultantes são interpretados pelo pesquisador (Camargo & Justo, 2014). Em uma análise padrão, por meio do *software* IRaMuTeQ, o programa dividiria a resposta (texto) de cada participante em segmentos de texto (de aproximadamente três linhas cada). No entanto, devido à grande quantidade de respostas curtas obtidas, definiu-se que cada texto, ou seja, cada resposta, correspondeu à apenas um segmento de texto, cada qual identificado por uma linha com variáveis descritivas (participante, sexo, categoria profissional e autoavaliação de sua saúde). Esse conjunto de 132 segmentos de texto, referente às respostas dos 132 participantes, constituiu o *corpus* da análise, nomeado “Saúde”. Esse *corpus* foi submetido a estes três tipos de análises lexicais: lexicográfica, nuvem de palavras e “Classificação Hierárquica Descendente (CHD)”.

A lexicográfica realiza a identificação da quantidade de palavras e a redução das variações de uma palavra a uma única forma. A nuvem de palavras é um recurso gráfico para apresentar as palavras em função de sua frequência. O resultado dela foi apresentado na epígrafe desta dissertação.

A análise chamada “Classificação Hierárquica Descendente (CHD)” realiza a classificação dos segmentos de texto, gerando classes caracterizadas por apresentarem, cada uma, vocábulos semelhantes entre si. O resultado é esquematizado em forma de uma árvore de classificação (dendograma), que ilustra as relações entre as classes e permite a descrição de cada uma delas, de acordo com o vocabulário e variáveis descritivas característicos (Camargo, 2005). A CHD permite identificar contextos lexicais dos produtores desse material, os quais podem ser considerados como aspectos de uma RS, ou mesmo como indicadores de diferentes RS (Veloz, Nascimento-Schulze & Camargo, 1999).

O material textual advindo da questão aberta sobre a relação entre a saúde do participante e seu trabalho foi submetido a uma análise de conteúdo. Realizada a etapa de organização da análise, procedeu-se à codificação, utilizando como recorte o tema (frequentemente usado em respostas a questões abertas) (Bardin, 2010) e, como enumeração, a frequência. Após, realizou-se a etapa de categorização, segundo o critério semântico (em categorias temáticas), para, ao final, interpretar e inferir acerca da produção textual (Bardin, 2010).

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os participantes foram informados sobre a pesquisa e seus objetivos no momento do convite. Foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido, no momento do aceite do servidor em participar da pesquisa e, logo após, o questionário. Constatou espaço no termo de consentimento livre e esclarecido para informar contato de e-mail do participante, em caso de interesse em obter ciência dos resultados quando finalizada a pesquisa.

O projeto seguiu os pressupostos da Resolução CNS 466/2012 de 12 de dezembro de 2012, a qual dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde, e foi submetido à análise do comitê de ética e pesquisa da UFSC – o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH). Obtida a aprovação, iniciou-se o processo de coleta de dados.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 DESCRIÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 132 servidores públicos que integram a comunidade universitária, sendo 12 participantes de cada um dos 11 centros de ensino, pareados por categoria profissional (técnico-administrativo em educação e docente) e sexo (masculino e feminino).

A média de idade dos participantes foi 43 anos e 4 meses ( $DP = 10$  anos e 11 meses), sendo a idade mínima de 24 anos e a máxima de 64 anos. Em relação à escolaridade dos 132 participantes, 122 participantes concluíram o ensino superior. Dentre eles, todos os 66 docentes e 56 TAE. 7 TAE ainda o estão cursando e apenas 3 frequentaram até o ensino médio.

Dentre a categoria profissional dos TAE, somente 21,2% dos participantes possuem cargos compatíveis com seu nível de escolaridade – ensino superior, em detrimento de 72,7% que possuem cargos com menor nível de escolaridade – ensino médio. Apenas 6,1% dos participantes possuem cargos de nível de apoio (exigência de ensino fundamental). Dentre a categoria docente, 53% são professores adjuntos, 24,2% são professores associados, 9,1% são professores titulares. Professores assistentes e auxiliares corresponderam ambos a 6,1% e apenas 1 é professor de 1º e 2º grau.

Com relação à renda, 2 participantes ( $N = 132$ ) não responderam. Um pouco mais da metade dos respondentes ( $n = 67$ ) declarou renda familiar acima de R\$7.000,00. Dentre eles, a maioria são docentes ( $n = 53$ ), conforme Tabela 1.

Tabela 1. *Distribuição dos participantes conforme renda familiar e categoria profissional*

<i>Renda familiar</i>	<i>Categoria profissional</i>		<i>Total (N)</i>
	Docente	TAE	
de R\$ 1.501,00 a R\$ 3.000,00	1	13	14
de R\$ 3.001,00 a R\$ 5.000,00	2	24	26
de R\$ 5.001,00 a R\$ 7.000,00	9	14	23
acima de R\$ 7.000,00	53	14	67
<i>Total (N)</i>	65	65	130

No que se refere ao estado civil, 58 participantes encontravam-se casados (as), 30 solteiros (as), 25 em união estável, 10 divorciados (as), 5 separados (as) e 4 viúvos (as). Investigou-se também com quem

residem os participantes – verificou-se o predomínio da residência com o cônjuge ( $n = 83$ ), sendo que 47 desses residem também com o(s) filho(s). Informaram residirem sozinhos 28 participantes e com menores ocorrências participantes informaram residirem com: pai(s), irmão(s), amigo(s), avó(s), sogra(s) e/ou animal(s) doméstico(s). Do total de participantes, 122 possuem plano de saúde suplementar. Dentre os 10 que não possuem, 7 possuem renda familiar inferior a R\$ 5.001,00.

## 5.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DE PRÁTICAS DE SAÚDE

### 5.2.1 Representações sociais de saúde

A fim de identificar o conhecimento socialmente elaborado e compartilhado acerca de “saúde”, expresso por indivíduos vinculados a um contexto de trabalho específico de Universidade, serão descritos os resultados originados da evocação de palavras da Questão 1 (Quais são as cinco primeiras palavras que lhe vêm à mente quando você lê a palavra “saúde?”) e os resultados da análise lexical de dados textuais originados da Questão 7 (O que é saúde para você?).

Em relação à estrutura da RS de saúde, foram evocadas 658 palavras, 236 palavras distintas, agrupadas em 149 categorias. Para a inclusão das categorias nos quadrantes, a frequência mínima foi de 4, pouco mais de 3% do tamanho da amostra. Considerado esse parâmetro, o valor de corte para a frequência resultou em 12,2 e a ordem média de evocação (OME) em 2,87, conforme Figura 5.

OME $\leq 2,87$			OME $> 2,87$		
	Elemento	f OME		Elemento	f OME
$f \geq 12,2$	Bem-estar	76 2,0		Felicidade	27 3,4
	Alimentação	52 2,2		Vida	27 3,1
	Atividade física	47 2,7		Qualidade de vida	18 3,1
	Disposição	25 2,7		Alegria	17 3,8
	Doença	16 2,8		Equilíbrio	14 3,1
$f < 12,2$	Harmonia	10 2,8		Tranquilidade	11 3,5
	Corpo	8 2,6		Mente	11 3,3
	Família	6 2,7		Sono	9 3,7
	Qualidade	6 1,8		Lazer	9 3,3
	Físico	5 2,8		Paz	8 3,0
	Dor	5 2,2		Longevidade	7 3,3
	Vitalidade	4 2,2		Energia	7 4,1
				Cuidados	7 2,9
				Médico	6 3,8
				Liberdade	5 3,2
				Força	5 3,8
				Prazer	4 3,8
				Vigor	4 3,2
				Satisfação	4 3,5
				Trabalho	4 4,2
				Humor	4 4,0
				Descanso	4 3,8
				Beleza	4 4,2
				Tempo	4 3,0
				Ambiente	4 3,0
				Saudável	4 3,5
				Hospital	4 3,2
				Custo	4 3,8
				Prevenção	4 3,5

Figura 5. Diagrama de quadrantes de elementos da representação social de saúde

No primeiro quadrante (superior esquerdo), encontram-se as categorias “bem-estar, alimentação, atividade física, disposição e doença”, prováveis indicadoras do núcleo central da representação social de saúde. Destacam-se os elementos “bem-estar, alimentação e atividade física”, que têm frequência acentuadamente maior que os demais, assumindo, portanto, maior força na centralidade. O elemento “bem-estar”, além de possuir a maior frequência ( $f = 76$ ), apresenta a

mais baixa ordem média de evocação ( $OME=2,0$ ), ou seja, foi o elemento mais prontamente evocado. Os elementos “alimentação” e “atividade física” foram evocados 52 e 47 vezes, respectivamente, como também foram prontamente evocados, sendo 2,2 a ordem média de evocação do primeiro elemento e 2,7 a do segundo.

O quadrante superior direito constitui a periferia próxima. Os elementos periféricos não são organizadores e definidores da representação social, mas constituem o essencial do conteúdo da representação (Abric, 1998). Nesse quadrante, constam estes elementos – felicidade, vida, qualidade de vida, alegria e equilíbrio – com alta frequência de evocação e ordem média de evocação mais alta que a média geral.

Na zona de contraste (quadrante inferior esquerdo) encontram-se elementos pouco evocados, mas mencionados com prontidão. Em uma representação social, esses componentes relacionam-se a características mais específicas de subgrupos. Esse quadrante é constituído pelas palavras “harmonia, corpo, família, qualidade, físico, dor, vitalidade”.

Por fim, a segunda periferia (quadrante inferior direito) aponta os elementos com menor frequência e lembrados nas últimas evocações, de modo que possuem menos importância coletiva para a representação. Nesse quadrante, encontram-se os elementos “tranquilidade, mente, sono, lazer, paz, longevidade, energia, cuidados, médico”, dentre outros.

Após a análise prototípica, realizou-se, por meio do *software* IRaMuTeQ, uma análise de similitude com as mesmas 149 categorias, cujo resultado é apresentado em forma de “árvore máxima” (Figura 6). Ela apresenta as coocorrências das categorias cujas frequências de evocação foram iguais ou superiores a 4.

Verifica-se que a conexão mais forte ocorre entre os elementos “alimentação e atividade física”, com coocorrência de 39 vezes; e “bem-estar e alimentação”, com coocorrência de 28 vezes. A categoria “alimentação” é a única que se vincula ao mesmo tempo às categorias “bem-estar” e “atividade física”. A relação de conexidade das demais categorias com “bem-estar” “alimentação” e “atividade física” é menor.

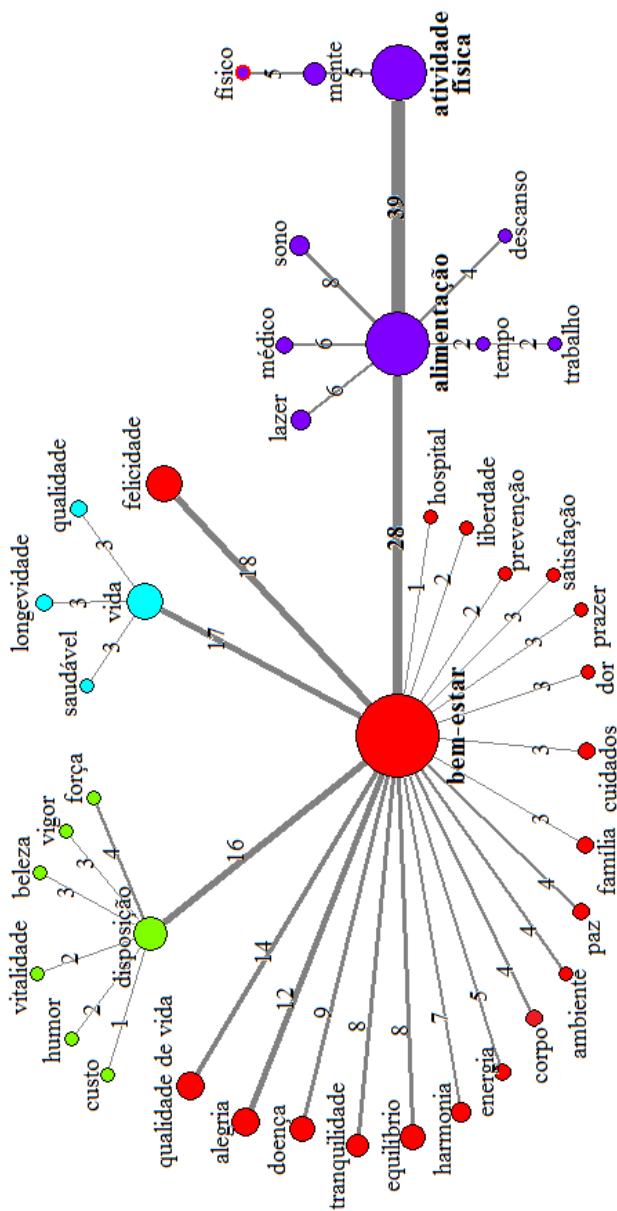


Figura 6. Árvore máxima da representação social de saúde.



Evidencia-se o papel organizador das categorias “bem-estar”, “alimentação” e “atividade física” na estruturação da representação social de saúde. “Bem-estar” coocorre com mais 21 categorias, entre elas, as com maior coocorrência são “felicidade (18), vida (17), disposição (16), qualidade de vida (14) e alegria (12)”. As categorias “vida” e “disposição” organizam mais 3 e 6 categorias, respectivamente. A categoria “alimentação” coocorre com mais 5 categorias (sono, médico, lazer, descanso e tempo, este vinculado à trabalho) e a categoria “atividade física” coocorre com mais 1 categoria, “mente”, esta conexas à categoria “físico”.

Em relação à análise lexical de dados textuais originados da Questão 7 (O que é saúde para você?), identificaram-se, após a análise de “Classificação Hierárquica Descendente” (CHD) no *corpus* “Saúde”, 132 segmentos de textos, no entanto, apenas 98 deles (74,24%) foram considerados na análise pelo programa. Encontraram-se 558 palavras, as quais ocorreram 2090 vezes ao todo. Cada palavra, em média, ocorreu 3,75 vezes.

A Figura 7 apresenta o nome das classes, o número de segmentos de texto (ST) que as compõe, seguida de uma descrição de cada classe e das palavras (em vermelho) de maior associação com cada classe, em função do duplo critério lexicográfico: frequência superior à frequência média por palavra distinta, ou seja, frequência maior que 3,75 e qui-quadrado de associação maior ou igual a 3,84 (pois  $p < 0,05$ ).

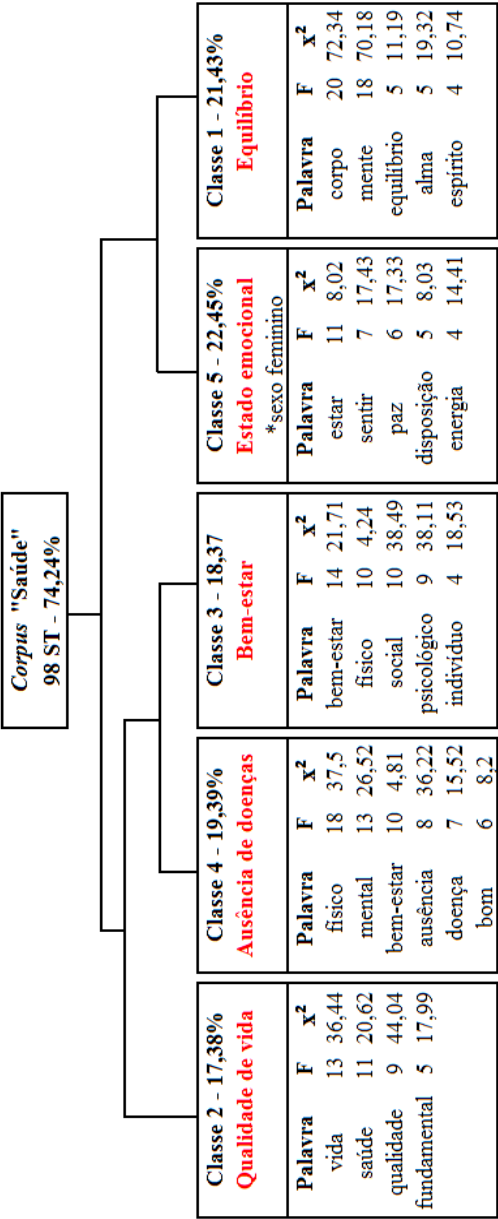


Figura 7. Dendrograma da classificação hierárquica descendente do *corpus* "Saúde".

Primeiramente, o *corpus* foi dividido em dois sub-*corpus*, opondo as classes 2, 4 e 3 das classes 5 e 1. No sub-*corpus* maior, houve uma nova partição que opôs a classe 2 das classes 4 e 3 e, novamente, uma partição entre as classes 4 e 3. Por último, no sub-*corpus* menor, houve a oposição das classes 5 e 1.

As classes apresentadas no dendograma serão descritas primeiramente seguindo a ordem de partição e em seguida de proporção que representam em relação ao *corpus* total. No sub-*corpus* maior, a primeira classe a se diferenciar é a **classe 2**, a qual foi denominada “**Qualidade de vida**”, representando 17,38% dos ST retidos na análise. Essa classe demonstra o aspecto de saúde enquanto condição fundamental para viver bem, com qualidade. Os extratos que seguem ilustram esse aspecto de saúde:

1. Fundamental, representa qualidade de vida. (Participante 1, sexo masculino, docente, cuja autoavaliação de saúde foi “boa”).
2. É ter uma qualidade de vida melhor. (Participante 34, sexo feminino, TAE, cuja autoavaliação de saúde foi “muito boa”).
3. É tudo. É fundamental, essencial, necessária, está diretamente relacionada à qualidade de vida (...) (Participante 41, sexo feminino, docente, cuja autoavaliação de saúde foi “boa”).

A partição seguinte, nesse mesmo sub-*corpus*, diferencia as classes 4 e 3. A **classe 4**, intitulada “**Ausência de doenças**”, representa 19,39% do total de ST e exprime o aspecto de saúde relacionado ao bem-estar físico e mental aliado à ausência de doença, conforme evidencia-se nos extratos abaixo:

1. É mais que ausência de doença, é bem-estar físico e psíquico (...). (Participante 7, sexo masculino, TAE, cuja autoavaliação de saúde foi “boa”).
2. Estado completo de bem-estar mental, físico e social e não apenas considerada ausência de alguma doença. (Participante 29, sexo feminino, docente, cuja autoavaliação de saúde foi “muito boa”).

3. É o bem-estar físico e mental, refletindo na ausência de doença. (Participante 35, sexo feminino, TAE, cuja autoavaliação de saúde foi “boa”).

A **classe 3**, nomeada “**Bem-estar**”, representa 18,37% do total de ST e apresenta a dimensão de saúde ligada ao bem-estar em três principais aspectos – físico, social e psicológico. Além desses, alguns participantes expressaram o aspecto moral, afetivo, financeiro e sexual. Os extratos a seguir caracterizam essa classe:

1. É bem-estar físico, é ser apto, ativo. É bem-estar social. É viver bem, com bom salário. É participar das atividades sociais. É bem-estar psicológico, mental, sem estresse excessivo. É tranquilidade. (Participante 49, sexo masculino, docente, cuja autoavaliação de saúde foi “boa”).
2. É viver em harmonia consigo e com os outros, abrangendo alguns aspectos como o social, físico, mental, econômico, afetivo e psicológico. (Participante 52, sexo feminino, docente, cuja autoavaliação de saúde foi “regular”).
3. É o completo bem-estar físico, psíquico, econômico, social e moral de um indivíduo. (Participante 96, sexo masculino, docente, cuja autoavaliação de saúde foi “boa”).

No sub-*corpus* menor, houve uma partição que gerou as classes 5 e 1. A **classe 5**, nomeada “**Estado emocional**”, representa 22,45% do total de ST, correspondendo à maior classe gerada. Ela apresenta o aspecto de saúde ligado a sensações e a estados subjetivos, destacados principalmente pelo sexo feminino. Saúde é expressa em termos de sentir/estar em paz, com disposição e energia. Os extratos que caracterizam essa classe são:

1. É manter meu corpo funcionando bem, sentindo-me com energia e esteticamente bem. (Participante 23, sexo feminino, TAE, cuja autoavaliação de saúde foi “boa”).
2. É se sentir de bem com a vida, com o dia a dia, através de práticas que auxiliem no alívio do cansaço e do estresse, tão comuns no cotidiano. (Participante 28, sexo feminino, docente, cuja autoavaliação de saúde foi “muito boa”).

3. É viver em paz com seu corpo e mente, é disposição, energia e bem-estar. (Participante 83, sexo feminino, TAE, cuja autoavaliação de saúde foi “regular”).

Nesse sub-*corpus* menor, em oposição à classe 5, encontra-se a classe 1. A **classe 1**, nomeada “**Equilíbrio**”, representa 21,43% do total de ST e exprime o aspecto de saúde ligado ao equilíbrio, harmonia, estabilidade entre o corpo e a mente. Seus extratos característicos encontram-se abaixo:

1. É um estado de equilíbrio e bem-estar entre corpo, mente e alma. (Participante 14, sexo masculino, docente, cuja autoavaliação de saúde foi “muito boa”).
2. É o equilíbrio de corpo e mente, estar se sentindo bem consigo, sem extrapolar limites como obesidade, anorexia, radicalizar nos exercícios físicos. (Participante 46, sexo feminino, TAE, cuja autoavaliação de saúde foi “regular”).
3. Harmonia entre corpo e espírito. (Participante 76, sexo feminino, docente, cuja autoavaliação de saúde foi “muito boa”).

Analisando o dendograma do *corpus* “Saúde” é possível identificar que a saúde é expressa, pelo conjunto de servidores, enfocando 5 dimensões, em ordem de maior compartilhamento: 1- a dimensão de saúde manifesta pelo sentimento/estado de paz, disposição e energia, evocada principalmente pelas participantes; 2- a dimensão de equilíbrio, estado de harmonia entre o corpo e mente; 3- a dimensão de bem-estar físico e mental, aliado à ausência de doença; 4- a dimensão de bem-estar contemplando os aspectos físico, social e psicológico; e 5- a dimensão de condição fundamental para viver com qualidade.

### 5.2.2 Representações sociais de práticas de saúde

A fim de identificar o conhecimento socialmente elaborado e partilhado acerca de “práticas de saúde”, expresso por indivíduos vinculados a um contexto de trabalho específico de Universidade, serão descritos os resultados originados da evocação de palavras da Questão 4 (Agora escreva as cinco primeiras palavras que lhe vêm à mente quando você lê a expressão “práticas de saúde?”).

Semelhante à Questão 1, as palavras evocadas nesta questão também foram agrupadas segundo critério semântico e submetidas, por meio do *software* IRaMuTeQ, à análise prototípica: em função da frequência e da ordem média de evocação.

O resultado dessa análise é apresentado na forma de um diagrama de quatro quadrantes (Figura 8). Ao todo, foram evocadas 649 palavras ou expressões, 310 distintas, as quais foram agrupadas em 202 categorias. Para a inclusão das categorias nos quadrantes, a frequência mínima foi 4, pouco mais de 3% do tamanho da amostra. Considerando esse parâmetro, o valor de corte para a frequência resultou em 13,77 e a ordem média de evocação (OME) em 2,79.

OME $\leq$ 2,79				OME $>$ 2,79			
Elemento		<i>f</i>	OME	Elemento		<i>f</i>	OME
$f \geq 13,77$	Atividade física	98	2,0	Sono	19	3,4	
	Alimentação	91	2,0	Lazer	19	3,3	
				Cuidados	15	3,4	
$f < 13,77$	Prevenção	13	2,7	Descanso	13	3,3	
	Caminhada	6	2,7	Médico	12	3,5	
	Corrida	5	1,4	Convivência	11	3,6	
	Hábitos	5	2,6	Meditação	10	3,9	
	Informação	4	2,0	Equilíbrio	10	4,1	
	Movimento	4	2,5	Trabalho	9	4,0	
				Relacionamentos	8	4,0	
				Ambiente	8	3,6	
				Bem-estar	8	3,9	
				Tempo	7	3,1	
				Higiene	7	2,9	
				Exames	6	3,2	
				Educação	6	3,2	
				Otimismo	6	4,2	
				Disciplina	5	3,4	
				Amizades	5	4,4	
				Socialização	5	4,6	
				Amor	4	4,8	
				Motivação	4	3,5	

Figura 8. Diagrama de quadrantes de elementos da representação social de práticas de saúde.

No quadrante superior esquerdo (constituído por palavras com frequência superior ou igual ao valor de corte e ordem de evocação

menor ou igual à média), encontram-se as categorias “atividade física e alimentação”, indicadoras de centralidade quando os participantes pensam em “práticas de saúde”. Essas duas categorias possuem a mesma ordem média de evocação (2,0), porém “atividade física” possui frequência maior ( $f = 98$ ) que “alimentação” ( $f = 91$ ).

No quadrante superior direito, ou primeira periferia, constam os elementos periféricos “sono, lazer e cuidados”, os quais constituem o essencial do conteúdo de uma representação social (Abric, 1998). Nesse quadrante, constam as categorias com frequência igual ou superior ao valor de corte e ordem de evocação superior ou igual à média geral. “Sono” e “lazer” possuem frequência de 19, enquanto “cuidados” possui frequência de 15. Essas 3 categorias foram evocadas em ordem média semelhante: “sono e cuidados” em 3,4 e “lazer” em 3,3.

No quadrante inferior esquerdo, ou zona de contraste, encontram-se categorias com frequência inferior ou igual ao valor de corte e mencionados com prontidão, ou seja, em ordem inferior ou igual à média. Esse quadrante é constituído pelas palavras “prevenção, caminhada, corrida, hábitos, informação e movimento”. A categoria “prevenção” se destaca em relação às demais do quadrante pela frequência maior em mais de duas vezes ( $f = 13$ ).

Por fim, a segunda periferia (quadrante inferior direito) apresenta os elementos com frequência igual ou inferior ao valor de corte e lembrados nas últimas evocações. Expressam o caráter de particularidade e menor pertinência coletiva à representação. Nesse quadrante, encontram-se elementos como “descanso, médico, convivência, meditação, equilíbrio, trabalho, relacionamentos, ambiente, bem-estar, tempo, higiene”, dentre outros.

Após essa análise prototípica, realizou-se, por meio do *software* IRaMuTeQ, uma análise de similitude com as mesmas 202 categorias. A Figura 9 apresenta as coocorrências das categorias cujas frequências de evocação foram iguais ou superiores a 4.

Verifica-se que a conexão mais forte ocorre entre os elementos “atividade física e alimentação”, com coocorrência de 79 vezes. Evidencia-se o papel organizador dessas duas categorias quando se evocam palavras vinculadas especificamente à expressão “práticas de saúde”. A categoria “atividade física”, com frequência de 98 vezes, também coocorre com outras 12 categorias e, dentre elas, as com maior conexão são “convivência” (9), “cuidados” (8) e “meditação” (8). A categoria “alimentação”, com frequência de 91 vezes, coocorre com mais outras 15 categorias e, dentre elas, as com maior conexão são “sono” (19), “lazer” (18) e “descanso” (13).

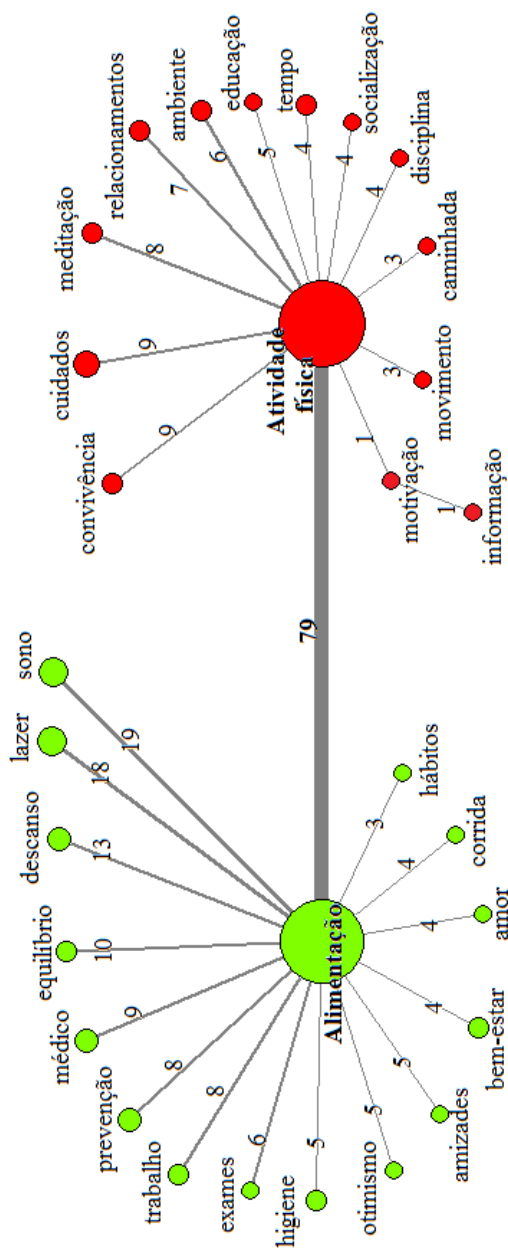


Figura 9. Árvore máxima da representação social de práticas de saúde



## 5.3 PRÁTICAS DE SAÚDE

Após a identificação da RS de saúde e de elementos vinculados à expressão específica “práticas de saúde”, serão apresentadas, nesta subseção, as práticas de saúde dos servidores, especificamente, as práticas de: ingerir frutas e hortaliças, realizar atividade física, não ingerir álcool em excesso e não fumar.

Para subsidiar a análise futura acerca da relação entre o que o grupo compartilha sobre saúde, sobre práticas para ser saudável e quais práticas efetivamente adotam, serão detalhados também, nesta subseção, fatores intimamente ligados às práticas supracitadas. Analisando-os em conjunto, é possível inclusive esboçar um perfil de saúde do grupo. Serão expostos, nesta ordem, estes fatores: autoavaliação em saúde; morbidade referida; IMC; informações e serviços de saúde; e relação saúde e trabalho.

### 5.3.1 Autoavaliação do estado de saúde e qualidade de vida

Além de identificar o que os participantes pensam e compartilham acerca da temática saúde e práticas de saúde, investigou-se como eles avaliam sua “saúde em geral”, sua qualidade de vida, sua saúde física e saúde mental. Para facilitar a análise, as respostas foram tabuladas considerando-as equidistantes entre si e atribuindo estes números para cada uma: 1=Muito boa; 2=Boa; 3=Regular; 4=Ruim; 5=Muito Ruim; sendo que quanto mais perto de 1 a avaliação é mais positiva e quanto mais perto de 5 a avaliação é mais negativa.

Segundo o teste de *Skewness/Kurtosis test*<sup>31</sup> do *software* Stata IC 12.0 (StataCorp, 2011) as variáveis autoavaliação de saúde física, autoavaliação de saúde mental e autoavaliação da qualidade de vida apresentaram indicativos de normalidade<sup>32</sup>. A variável autoavaliação de “saúde em geral” não apresentou distribuição normal<sup>33</sup>.

---

<sup>31</sup> Valores de *Skewness* variam de -1 a +1 e de *Kurtosis* variam de +1 a +5 no *software* Stata IC 12.0.

<sup>32</sup> Variável autoavaliação de saúde física ( $p = 0,31$ ; com valores brutos de *Skewness* igual a 0,29 e de *Kurtosis* igual a 3,07); Variável autoavaliação de saúde mental ( $p = 0,10$ , com valores brutos de *Skewness* igual a 0,62 e *Kurtosis* igual a 3,26); Variável autoavaliação da qualidade de vida apresentou parâmetro fora da normalidade, porém os valores brutos de *Skewness* (0,77) e *Kurtosis* (4,37) estão dentro do aceitável para considerar a distribuição normal.

<sup>33</sup> Como não é o objetivo dessa pesquisa, não foram realizadas transformações da variável para sua análise por meio de testes paramétricos.

Os participantes avaliaram esses quatro domínios de forma positiva. A “saúde mental” foi melhor autoavaliada ( $M = 1,98$ ;  $DP = 0,78$ ), seguida pela “saúde em geral” ( $M = 1,99$ ;  $DP = 0,66$ ), “qualidade de vida” ( $M = 2,05$ ;  $DP = 0,75$ ) e “saúde física” ( $M = 2,16$ ;  $DP = 0,70$ ).

Com relação à variável autoavaliação da saúde em geral, a frequência de participantes que avaliaram negativamente seu estado de saúde (como “ruim” ou “muito ruim”) correspondeu a 2,27%, sendo maior a prevalência entre o sexo masculino (3,03%) do que o feminino (1,52%) e incidente somente na categoria profissional dos TAE.

Por meio do teste  $t$  para amostras independentes, não foi encontrada diferença significativa das autoavaliações de saúde física, saúde mental e qualidade de vida entre os sexos. No entanto, entre as categorias profissionais, os TAE autoavaliaram mais negativamente a saúde física, a saúde mental e a qualidade de vida do que os docentes, sendo essas diferenças respectivamente significativas, [ $t(132) = 3,92$ ;  $p < 0,001$ ], [ $t(132) = 2,39$ ;  $p < 0,01$ ] e [ $t(132) = 4,01$ ;  $p < 0,001$ ].

### 5.3.2 Morbidade referida e fatores relacionados

Em relação ao diagnóstico médico acerca das doenças crônicas não transmissíveis de grande impacto na saúde, e seus fatores de risco relacionados, do total de participantes, 9 (6,82%) referiram apresentar somente colesterol alto, 7 (5,30%) referiram apresentar somente hipertensão arterial e 1 (0,76%) referiu apresentar somente diabetes. Apresentam comorbidades (hipertensão arterial + diabetes ou colesterol alto), 3 (2,27%) participantes, conforme Tabela 2.

Tabela 2. *Prevalência de diagnóstico médico de doenças crônicas não transmissíveis e fatores relacionados*

<i>Diagnóstico médico referido</i>	<i>Ocorrência</i>
Colesterol alto	9
Hipertensão arterial	7
Diabetes	1
Hipertensão arterial e colesterol alto	2
Hipertensão arterial e diabetes	1
<i>Total</i>	20

### 5.3.3 Alimentação e fatores de risco relacionados

Em relação ao consumo de frutas e hortaliças (verduras/legumes), apenas 5 participantes informaram não consumir frutas e 2 informaram

não consumir hortaliças. Na população estudada ( $N = 132$ ), predominou o consumo diário<sup>34</sup> de hortaliça ( $n = 73$ ), em detrimento do consumo diário de fruta ( $n = 59$ ). Nos dias em que ocorre a ingestão desses alimentos, prevalece o consumo de “3 ou mais porções” de hortaliças e “1 ou 2” porções de frutas.

Considerando o **consumo regular**<sup>35</sup> de frutas e hortaliças, menos da metade dos participantes (48,5%) se enquadram nessa condição. As mulheres consomem mais frutas e hortaliças regularmente (53,03%) do que os homens (43,94%), mas essa diferença não é significativa. Dos 66 docentes, a maioria faz o consumo regular desses alimentos ( $n = 40$ ), enquanto que, dos 66 TAE, a minoria o faz ( $n = 24$ ), demonstrando uma diferença significativa entre o consumo regular e as categorias profissionais [ $\chi^2(1, N = 132) = 7,77; p < 0,005$ ].

Foi realizado um t teste para amostras independentes, comparando a variável autoavaliação de saúde mental e consumo regular de frutas e hortaliças, encontrando diferença significativa entre a autoavaliação de saúde mental daqueles que consomem regularmente frutas e hortaliças (mais positiva) do que aqueles que não consomem esses alimentos regularmente [ $t(132) = -1,94; p < 0,05$ ]. Aqueles que consomem regularmente frutas e hortaliças também autoavaliam mais positivamente a saúde física e a qualidade de vida do que aqueles que não as consomem regularmente, sendo essas diferenças significativas, [ $t(132) = -2,98; p < 0,01$ ] e [ $t(132) = -2,19; p < 0,05$ ], respectivamente.

Entre os 132 participantes, apenas 32 (24,24%) consomem o **recomendado**<sup>36</sup> de frutas e hortaliças, não havendo diferença significativa entre o sexo masculino (22,73%), que consome menos que o feminino (25,76%), nem entre as categorias profissionais, que apresenta maior prevalência de consumo pelos docentes (33,33%) do que pelos TAE (15,15%).

Verificou-se, por meio do teste *One Way Anova*, que a autoavaliação de saúde física foi mais positiva quanto maior foi o padrão de consumo de frutas e hortaliças, havendo diferença significativa entre a autoavaliação daqueles que não consomem regularmente esses alimentos, aqueles que os consomem regularmente,

---

<sup>34</sup> Todos os 7 dias da semana.

<sup>35</sup> Considerou-se regular o consumo de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana por pessoas com idade de 18 anos ou mais.

<sup>36</sup> Considerou-se o consumo diário de cinco porções de frutas e verduras/legumes pelos participantes que informaram consumir esses alimentos em 5 ou mais dias da semana.

mas em menor quantidade que o recomendado, e aqueles que consomem a quantidade recomendada ( $F = 4,87$ ,  $p < 0,01$ ). Não houve diferença significativa entre as autoavaliações de saúde mental e qualidade de vida e o consumo recomendado de frutas e hortaliças.

Segundo o teste de *Skewness/Kurtosis test*, a variável **IMC**<sup>37</sup> apresentou indicativos de normalidade<sup>38</sup>. Do total de participantes ( $N = 132$ ), a maioria (53,8%) possui IMC considerado Normal, com maior prevalência entre as mulheres (68,2%) do que entre os homens (39,4%). A frequência de participantes com excesso de peso foi de 31,8%, mais prevalente no sexo masculino (47,0%) do que no feminino (16,7%). Indivíduos obesos corresponderam a 11,4%, com maior prevalência entre os homens (12,1%) do que entre as mulheres (10,6%). Em menor número, encontram-se participantes com baixo peso (3%), sendo 4,5% do sexo feminino e apenas 1,5% do sexo masculino.

A maioria dos homens está na condição de excesso de peso e obesidade ( $n = 39$ ), enquanto que a maioria das mulheres encontra-se com o IMC normal ou com baixo peso ( $n = 48$ ), sendo essa diferença significativa [ $\chi^2(1, N=132)=13,62$ ;  $p < 0,001$ ]. Não há diferença significativa do IMC entre as duas categorias profissionais. Também foi realizado o teste *One Way Anova* comparando a variável autoavaliação de saúde física com o IMC e a autoavaliação de saúde mental com o IMC. Em ambas as comparações, não houve diferença significativa.

Entre os 10 participantes que referiram o diagnóstico de hipertensão arterial, identificou-se que 4 deles estão com excesso de peso, 3 estão obesos e os outros 3 estão com o IMC normal. Não houve diferença<sup>39</sup> significativa entre o IMC e o diagnóstico referido de hipertensão.

---

<sup>37</sup> A classificação do estado nutricional de adultos é realizada a partir do valor bruto de IMC. Nesse caso, são definidos três pontos de corte para o indicador de IMC (valores de IMC de 18,5, 25,0 e 30,0), permitindo a seguinte classificação: Valores de IMC abaixo de 18,5: adulto com baixo peso; Valores de IMC maior ou igual a 18,5 e menor que 25,0: adulto com peso adequado (eutrófico), Normal; Valores de IMC maior ou igual a 25,0 e menor que 30,0: adulto com excesso de peso (ou sobrepeso); e valores de IMC maior ou igual a 30,0: adulto com obesidade (Brasil, 2004).

<sup>38</sup> A variável IMC apresentou parâmetro fora<sup>38</sup> da normalidade, porém os valores brutos de *Skewness* (0,58) e *Kurtosis* (2,65) estão dentro do aceitável para considerar a distribuição normal.

<sup>39</sup> Há a necessidade de uma amostra com tamanho maior para confirmar o nível de significância.

Entre os 2 participantes que referiram o diagnóstico de diabetes, identificou-se que ambos estão obesos, são do sexo masculino e de categorias profissionais diferentes. O TAE possui 62 anos e o docente, 63. Não houve diferença<sup>40</sup> significativa entre o IMC e o diagnóstico referido de diabetes.

Apesar de se observar que, entre os participantes obesos, o padrão de atividade física prevalente é a inatividade física no tempo livre, enquanto que, para os participantes com excesso de peso, baixo peso e IMC normal, o padrão de atividade física prevalente é o nível recomendado, não houve diferença significativa entre o IMC e o padrão de atividade física praticado.

Identificou-se que entre os indivíduos com excesso de peso e obesidade ( $n = 57$ ), é mais prevalente o consumo irregular de frutas e hortaliças ( $n = 36$ ), do que entre os indivíduos que estão com baixo peso e peso normal ( $n = 75$ ), para os quais predomina o consumo regular desses alimentos ( $n = 43$ ), sendo essa diferença significativa [ $\chi^2(1, N = 132) = 5,45$ ;  $p < 0,05$ ]. Entre os participantes com baixo peso e peso normal, foi mais prevalente o consumo recomendado de frutas e hortaliças do que entre os participantes com excesso de peso e obesidade, mas essa diferença não foi significativa.

### 5.3.4 Atividade física

Referiram praticar algum tipo de exercício físico/esporte 94 participantes, correspondendo a 71,21% da amostra. O principal tipo de exercício físico/esporte praticado é a caminhada e a musculação, ambos empatados e citados cada qual por 18 participantes. Corrida e “ginástica em geral” aparecem logo em seguida, citados por 17 e 11 participantes, respectivamente. Outros exercícios foram citados com menor frequência, como tênis, voleibol, bicicleta, artes marciais, natação, caminhada em esteira, corrida em esteira, futebol, yoga etc. Prevalece a prática dessas atividades de 3 a 4 vezes na semana, com duração de 60 minutos ou mais.

Os 38 participantes (28,79%) que informaram não realizar algum tipo de exercício físico ou esporte citaram, ao todo, 26 razões para não fazê-lo. O total de ocorrência dessas razões foi 59, sendo a falta de tempo o impedimento com maior prevalência ( $n = 12$ ). Relacionado à interface tempo e trabalho, foram citados, como empecilho, o excesso de

---

<sup>40</sup> Há a necessidade de uma amostra com tamanho maior para confirmar o nível de significância.

trabalho, o grande tempo gasto no deslocamento trabalho-residência e vice-versa, o horário de trabalho e a condição de trabalhar o dia inteiro, totalizando 8 ocorrências. Preguiça e falta de disposição, falta de vontade, falta de iniciativa e falta de motivação foram citados, ao todo, por 11 participantes. Falta de interesse ( $n = 4$ ), não sentir necessidade ( $n = 1$ ) e não gostar ( $n = 1$ ) também foram razões citadas para não praticar atividade física. Desorganização e falta de disciplina tiveram 5 ocorrências; 4 participantes mencionaram utilizar o tempo livre para realizar outras atividades e 3 informaram uma condição de saúde incapacitante momentaneamente. Houve menção à falta de local para a prática ( $n = 2$ ) e ao alto custo ( $n = 1$ ). Dois participantes indicaram que pretendem retomar a prática de atividade física. Um participante mencionou a velhice como razão para não praticar.

Identificou-se que entre os que não praticam nenhuma atividade física no tempo livre (28,79%), a prevalência é maior entre os TAE (40,91%) do que entre os docentes (16,67%), enquanto que entre aqueles que praticam algum tipo de atividade física no tempo livre (71,21%), a prevalência é maior entre os docentes (83,33%) do que entre os TAE (59,09%), sendo essa diferença significativa [ $\chi^2(1, N = 132) = 9,46; p < 0,002$ ].

Apesar de 71,21% dos participantes relatarem praticar algum tipo de exercício físico/esporte, apenas 43,94% dos participantes ( $n = 132$ ) atingem o **nível recomendado de atividade física no tempo livre**<sup>41</sup>, com maior prevalência entre as mulheres (46,97%) do que entre os homens (40,91%) e entre os docentes (54,55%) do que entre os TAE (33,33%), ambas as diferenças não sendo significativas.

Observou-se uma diferença significativa entre o padrão de atividade física praticado e o padrão de ingestão de frutas e hortaliças [ $\chi^2(4, N = 132) = 13,62; p < 0,05$ ]. Entre os que não ingerem regularmente frutas e hortaliças ( $n = 68$ ), a maioria não pratica nenhuma atividade física ( $n = 24$ ), em detrimento dos 22 que não praticam o nível

---

<sup>41</sup> Classificaram-se no “nível recomendado de atividade física no tempo livre” os indivíduos, com idade de 18 anos ou mais, que praticam, pelo menos, 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada ou, pelo menos, 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa. Atividade com duração inferior a 10 minutos não foi considerada para efeito do cálculo do total de minutos despendidos na semana. Caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais, ciclismo e voleibol foram classificados como práticas de intensidade leve ou moderada. Corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol, basquetebol e tênis foram classificados como práticas de intensidade vigorosa.

recomendado, e, em igual número, dos que praticam o nível recomendado. Entre os que fazem o consumo recomendado de frutas e hortaliças ( $n = 32$ ), a maioria ( $n = 22$ ) pratica o nível recomendado de atividade física, enquanto que 3 não praticam o nível recomendado e 7 não praticam nenhum tipo de atividade física.

Por meio do teste *One Way Anova*, constatou-se que a autoavaliação de saúde física foi mais positiva conforme houve o aumento do nível de realização de atividade física, apresentando uma diferença significativa entre os grupos ( $F = 11,0$ ;  $p < 0,001$ ). Foi realizado o teste *post-hoc Bonferroni* encontrando diferença significativa entre as médias de autoavaliação de saúde física entre aqueles participantes que praticam o nível recomendado de atividade física e aqueles que não praticam atividade física alguma ( $M = 0,38$ ;  $p < 0,05$ ).

A autoavaliação de saúde mental também apresentou diferença significativa entre aqueles que realizam o nível recomendado de atividade física, os que não realizam o nível recomendado e aqueles que não realizam nenhuma atividade física ( $F = 3,82$ ;  $p < 0,05$ ). Um ponto interessante a se destacar é que indivíduos que não atingiram o nível recomendado de atividade física apresentaram uma autoavaliação de saúde mental semelhante aos indivíduos que praticam o nível recomendado. Já os que não realizam atividade física avaliam mais negativamente sua saúde mental, em relação aos que realizam algum nível de atividade física, recomendado ou não.

Também se constatou que a autoavaliação da qualidade de vida foi mais positiva conforme houve o aumento do nível de realização de atividade física (níveis: nenhuma prática de atividade física, prática sem atingir o nível recomendado e nível recomendado de atividade física), apresentando uma diferença significativa entre esses grupos ( $F = 5,56$ ,  $p < 0,01$ ).

Entre os 10 participantes que referiram o diagnóstico de hipertensão, identificou-se que 4 deles não praticam atividade física, 3 praticam abaixo do nível recomendado e os outros 3 praticam o nível recomendado. Não houve diferença<sup>42</sup> significativa entre o padrão de prática de atividade física e o diagnóstico referido de hipertensão.

---

<sup>42</sup> Há a necessidade de uma amostra com tamanho maior para confirmar o nível de significância.

### 5.3.5 Uso de tabaco

Nessa amostra de participantes, 23 pessoas (17,42%) são ex-fumantes<sup>43</sup> de algum produto derivado do tabaco, sendo maior a prevalência entre os homens (22,73%) do que entre as mulheres (12,12%). Atualmente, 14 pessoas (10,61%) são fumantes<sup>44</sup>, 7 de cada categoria profissional, sendo maior a prevalência entre os homens (12,12%) do que entre as mulheres (9,09%). Dentre os fumantes ( $n = 14$ ), metade fez uso abusivo de álcool nos 30 dias antecedentes à coleta de dados e 10 revelaram interesse em parar de fumar, sendo que 1 não respondeu.

Por meio da análise do teste t para amostras independentes, os fumantes tiveram uma tendência em avaliar mais negativamente a saúde física, a saúde mental e a qualidade de vida do que os não fumantes. No entanto, essa diferença não foi significativa, podendo ter sofrido influência do pequeno número de ocorrências. Seria necessário um número maior de participantes para confirmar se a diferença é significativa.

### 5.3.6 Uso abusivo de álcool

Identificou-se o uso abusivo<sup>45</sup> de álcool por 35,6% dos participantes. Entre os 66 homens, 43,93% fizeram uso abusivo de álcool nos 30 dias anteriores à pesquisa e, entre as 66 mulheres, 27,27% chegaram a consumir álcool de forma abusiva no período de 30 dias antecedentes, havendo diferença significativa entre os sexos [ $\chi^2(1, N = 132) = 3,99; p < 0,05$ ].

Entre as categorias profissionais, o uso abusivo de álcool foi mais prevalente entre os TAE (43,93%) do que entre os docentes (27,27%), sendo essa diferença significativa [ $\chi^2(1, N = 132) = 3,99; p < 0,05$ ].

Foi verificado que a saúde física foi mais negativamente autoavaliada pelos participantes que fizeram uso abusivo de álcool do

---

<sup>43</sup> Considerou-se “ex-fumante” todo indivíduo, com idade de 18 anos ou mais, que relatou ter fumado no passado, mas não tem mais este hábito.

<sup>44</sup> Considerou-se fumante todo indivíduo que fuma, independentemente da frequência e da intensidade do hábito de fumar, com idade de 18 anos ou mais.

<sup>45</sup> Considerou-se uso abusivo de álcool por adultos, com idade de 18 anos ou mais, o consumo de 5 ou mais doses para homens e 4 ou mais doses para mulheres, em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias.



que entre aqueles que não fizeram uso abusivo, sendo essa diferença significativa [ $t(132) = 2,98; p < 0,05$ ]. Aqueles que fizeram uso abusivo de álcool também avaliaram mais negativamente a qualidade de vida, em comparação aos participantes que não fizeram uso abusivo de álcool, sendo essa diferença significativa [ $t(132) = 2,58; p < 0,01$ ]. Não houve diferença significativa entre a autoavaliação da saúde mental entre os que fizeram uso abusivo de álcool e os que não fizeram, nos 30 dias antecedentes à pesquisa.

Entre os 10 participantes que referiram o diagnóstico de hipertensão, identificou-se que 2 deles fizeram uso nocivo de álcool nos 30 dias antecedentes à pesquisa. Não houve diferença<sup>46</sup> significativa entre uso abusivo de álcool e o diagnóstico referido de hipertensão.

### **5.3.7 Informações e serviços de saúde**

Dentre os meios de obter orientações/informações acerca de como ser saudável, prevalece a busca por Profissionais da saúde, referido por 65,6% dos participantes. 61,8% também buscam por meio da Internet, 28,2% por meio de amigos e 26% por meio da televisão.

Com relação aos locais frequentados pelos participantes quando apresentam algum problema de saúde, é mais prevalente o uso de consultório de Clínica, seguido pelo pronto-socorro/emergência, posto de saúde, farmácia, ambulatório de hospital e, por fim, centro religioso. Somente 3 participantes informaram não recorrer a nenhum local quando apresentam algum problema de saúde.

Com relação a condutas realizadas em caso de ocorrência de algum problema de saúde, 42,1% relataram automedicação, 39,7% informaram modificar hábitos de forma independente, 26,2% indicaram não fazer nada, 14,3% referiram usar homeopatia de forma independente e 7,1% referiram buscar apoio espiritual.

Com relação à rede de apoio social, institucional e familiar, quase a totalidade dos participantes, 96,9%, referiram recorrer a médicos quando apresentam algum problema de saúde, 10,9% referiram recorrer a familiares e 8,5% a farmacêuticos. Apenas 1,6% informaram procurar por amigos e pelo agente comunitário de saúde e 0,8% informou recorrer a colegas de trabalho.

---

<sup>46</sup> Há a necessidade de uma amostra com tamanho maior para confirmar o nível de significância.

### 5.3.8 Relação entre saúde e trabalho

Dos 132 participantes, 100 consideraram que a sua condição de saúde possui alguma relação com o trabalho. No entanto, 1 participante não respondeu à questão subsequente, que solicitava a explicitação dessa relação. Foi realizado um teste t para amostras independentes e não houve diferença significativa das autoavaliações de saúde física, saúde mental e qualidade de vida entre os que referiram existir relação entre a sua saúde e seu trabalho e os que referiram não existir. Por meio do teste qui-quadrado, verificou-se que também não houve diferença significativa na referência da relação saúde e trabalho entre as categorias profissionais, nem entre os sexos.

A análise de conteúdo das 99 respostas que identificam a relação existente entre a saúde do participante e seu trabalho revelou 10 elementos temáticos em um total de 142 presenças e 166 ocorrências. Os elementos temáticos mais presentes foram “Efeitos negativos na saúde” (65 ocorrências) e “Condições negativas de trabalho” (64 ocorrências). Juntos, esses elementos foram responsáveis por 129 ocorrências (77,71% do total). A partir dos elementos temáticos, foi possível identificar 3 categorias diferentes no *corpus* de respostas, destacadas na Tabela 3, e em seguida descritas por ordem de ocorrência.

Tabela 3. *Categorização dos elementos temáticos referentes às respostas obtidas sobre qual (is) relação (ões) entre a condição de saúde do participante e seu trabalho.* Continua.

<i>Categorias</i>	<i>Elementos temáticos</i>	<i>Ocorrências</i>	<i>Trechos característicos</i>
Interferência negativa do trabalho na saúde	Efeitos negativos na saúde	65	“Tenho hérnia na cervical devido a ficar muito tempo sentada em uma mesma postura, digitando durante 8 horas. Tenho tendinite devido a movimentos repetitivos por 30 anos. Dores de cabeça devido à preocupação, responsabilidades, atendimento de pessoas sem educação e grande volume de trabalho” (Participante 78, sexo feminino, TAE)
	Condições negativas de trabalho	64	
	Problemas relacionamento com colegas ou público atendido	7	“O nível de estresse e ansiedade resultantes da grande carga de trabalho tem implicações diretas na minha sensação de bem-estar, tanto físico quanto psicológico”. (Participante 12, sexo masculino, docente).
Interferência positiva do trabalho na saúde	Condições de trabalho positivas	11	“Os horários de trabalho, com regra, possibilitam a realização de atividades físicas”. (Participante 95, sexo feminino, docente).
	Efeitos positivos na saúde	6	“Gosto do meu trabalho. Ele me faz bem e tem reflexo positivo sobre minha saúde” (Participante 66, sexo masculino, docente).
	Bom relacionamento com colegas	2	“Muito do meu bem-estar psicossocial vem das minhas boas relações no ambiente de trabalho, sendo este um componente positivo para minha saúde”. (Participante 52, sexo masculino, TAE).

Interferência do trabalho na saúde sem valoração ou autorreferência	Relação sem valoração	2	“Com as atividades que desenvolvo e com a relação que possuo com meus colegas e chefia”. (Participante 24, sexo feminino, TAE).
	Relação sem autorreferência	3	
	Condições e natureza do trabalho intervenientes na saúde	4	“Acredito que a saúde está relacionada diretamente com o modo de vida que a pessoa leva, compreendendo todas as atividades, inclusive o trabalho, e que o trabalho é parte tão importante que o bom ou mau estado do ambiente físico, das relações com os colegas e as chefias, além de outros fatores como a valorização do trabalho, são sim determinantes positivos ou negativos para a saúde geral da pessoa”. (Participante 130, sexo masculino, TAE).
	Relacionamento entre colegas intervenientes na saúde	2	
<b>Total de ocorrências</b>		166	

“Interferência negativa do trabalho na saúde” é uma categoria que representa 81,93% do total de ocorrências e abrange elementos relacionados às condições de trabalho e seus efeitos, expressos em termos de prejuízo à saúde. O elemento temático “Efeitos negativos na saúde” compreende efeitos decorrentes do trabalho que afetam a saúde de modo geral e, especificamente, a saúde física e mental. Foram citados agravos como: estresse, dores em diferentes partes do corpo; doenças; cansaço; esgotamento; baixa resistência e imunidade; agravo de doenças prévias; tensão; insônia; angústia; ansiedade; cansaço mental; desânimo; alterações do humor; preocupação e incomodações. Também como efeitos negativos na saúde, em função de características do trabalho, foram mencionados a falta de tempo para a prática de atividade física e a alimentação inadequada.

As condições de trabalho que produzem esses efeitos relacionam-se a características como: horário, ambiente e natureza do trabalho. Destacaram-se problemas de excesso de carga horária de trabalho, além do tempo despendido no trânsito para deslocamento trabalho-residência. Com relação ao ambiente, elencou-se a falta de espaço de repouso no horário do almoço e ambientes sem ergonomia e sem condições para o

exercício das atividades laborais. Os problemas levantados quanto à natureza e condições do trabalho englobam o sedentarismo no trabalho (muitas horas na mesma posição – sentado), uso prolongado do computador, que requer movimentos repetitivos de digitação, carregamento de peso, uso prolongado da fala, excesso de trabalho, competição entre colegas, atendimento a um público sem educação, falta de treinamento para o recém-admitido, ambiente de pressão e cobranças, Instituição com problemas de funcionamento. Por fim, evidenciam-se as dificuldades interpessoais no ambiente de trabalho, onde ocorrem atritos e divergências, interferindo negativamente na saúde.

Com 19 ocorrências (11,45% do total) a categoria “Interferência positiva do trabalho na saúde” representa elementos temáticos relacionados a efeitos benéficos à saúde em virtude do trabalho. A condição de flexibilidade de horário foi percebida como uma condição benéfica à saúde, a qual permite a realização de atividades físicas. Ambiente climatizado, trabalho organizado e gostar da atividade desenvolvida também foram identificados como fatores contribuintes para uma boa condição de saúde. Essa categoria contempla o elemento “Bom relacionamento com colegas” como fator vinculado à condição de saúde do participante.

A terceira categoria, com menor ocorrência dos elementos temáticos que as demais (6,63%), intitulada “Interferência do trabalho na saúde sem valoração ou autorreferência”, corresponde às respostas dos participantes que identificam uma relação entre a condição de saúde e o trabalho, no entanto, descrevem essa relação genericamente, sem referenciar a(s) característica(s) de seu trabalho que se relaciona(m) com sua condição de saúde, ou às respostas que, de igual modo, identificam uma relação, mas não expressam se as condições de trabalho listadas beneficiam ou prejudicam sua condição de saúde.

Observa-se, após a análise das respostas dos 99 participantes, que a maioria deles vincula o trabalho a efeitos negativos na saúde. Compreendendo que certos agravos à saúde se relacionam à natureza e condições do trabalho, faz-se importante o acompanhamento desses efeitos e as adequações necessárias.

## 6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta pesquisa teve como objetivo verificar a relação entre representações sociais de saúde, representações sociais de práticas de saúde e a adoção de práticas de saúde de servidores públicos de uma Instituição de Ensino Superior (IES). A discussão dos resultados foi organizada de acordo com os objetivos da pesquisa. Em um primeiro momento, serão discutidas as representações sociais de saúde e de práticas de saúde. Em seguida, serão discutidas as práticas de saúde adotadas e, por fim, será discutida a relação entre as representações sociais de saúde e de práticas de saúde e a adoção de práticas de saúde de servidores públicos de uma Instituição de Ensino Superior (IES).

### 6.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DE PRÁTICAS DE SAÚDE

Serão discutidas nesta subseção as representações sociais da saúde e de práticas de saúde a partir dos conteúdos obtidos com as evocações livres, utilizando como termo indutor “saúde” e “práticas de saúde” e resultados advindos da CHD do *corpus* “Saúde”. Saúde pode ser representada de distintas formas. Fatores como idade, origem cultural, classe social, escolaridade e profissão são importantes quando as representações sociais de saúde são formadas. Elas também variam de acordo com o estado atual de saúde do indivíduo (Åsbring, 2012).

#### 6.1.1 Representações sociais de saúde

Com base no conteúdo obtido a partir das evocações utilizando o termo indutor “saúde”, é possível destacar que, na estruturação da RS de saúde, evidencia-se o papel organizador das categorias “bem-estar”, “alimentação” e “atividade física”, possíveis elementos constituintes do núcleo central, o qual compreende elementos, em quantidade limitada, que determinam a identidade da representação (Abric, 2003). Comparando esta pesquisa com outros três estudos que utilizaram um teste de associação de palavras com o termo indutor “Saúde” (Torres López et. al., 2009; Brito & Camargo, 2011; Camargo et. al., 2010), identificou-se que as categorias mais evocadas e mais prontamente evocadas foram similares e em igual quantidade. Variando a nomenclatura, encontrou-se “bem-estar” ou “sentir-se bem”; “alimentação” ou “boa nutrição”; e “atividade física” ou “exercício físico”. Outra pesquisa encontrou somente o elemento “bem-estar”

como organizador do núcleo central (Torres, Carvalho, & Martins (2011).

Portanto, a identificação desses mesmos elementos, encontrados nesta e em outras pesquisas – prováveis constituintes do núcleo central – permite compreender que se trata de uma mesma RS: a de saúde. As categorias “bem-estar”, “alimentação” e “atividade física” parecem exercer as funções essenciais do sistema central (Campos & Rouquette, 2003; Abric, 2003), sendo elementos mais estáveis, encontrados em outras pesquisas, que asseguram a continuidade da representação (função estabilizadora); unificam a representação, determinando a natureza da união entre seus elementos (função organizadora); e proporcionam a geração de significado, de valor, aos elementos que não fazem parte do núcleo (função geradora).

Considerando todo o sistema periférico, também foram encontrados elementos semelhantes a outras pesquisas (Torres López *et al.*, 2009; Brito & Camargo, 2011; Camargo *et al.*, 2010; Torres, Carvalho & Martins, 2011). Como os atores sociais de cada uma dessas pesquisas são de diferentes contextos e possuem características distintas, como idade, sexo, profissão, origem etc., observou-se diferenças quanto à frequência e prontidão de evocação das categorias, mas pouca variabilidade de categorias evocadas.

Na presente pesquisa, as principais categorias que constituíram o sistema periférico foram “felicidade, vida, qualidade de vida, alegria, equilíbrio, harmonia, corpo, família, qualidade, físico, dor, vitalidade, tranquilidade, mente, sono, lazer, paz, longevidade, energia, cuidados, médico”. Entre essas, apenas “harmonia, físico, dor, vitalidade, mente e sono” não foram observadas nas pesquisas de Torres López *et al.* (2009), Brito e Camargo (2011), Camargo *et al.* (2010) e Torres, Carvalho e Martins (2011). Assim, pode-se compreender que o tema “saúde”, de forma ampla, parece apresentar mais pontos de consenso do que polêmica.

Quanto à estrutura da RS de saúde, verificou-se que a conexão mais forte ocorreu entre os elementos “alimentação e atividade física” e “alimentação e bem-estar”, sendo que “alimentação” foi a única categoria que se vinculou ao mesmo tempo às categorias “bem-estar” e “atividade física”. A relação de conexidade das demais categorias com “bem-estar” “alimentação” e “atividade física” foi menor. “Bem-estar” coocorreu também com mais 30 categorias, entre elas, as com maior coocorrência foram “felicidade, vida, disposição, qualidade de vida e alegria”. A categoria “alimentação” também coocorreu com mais 6 categorias (sono, médico, lazer, descanso e tempo, este vinculado à

trabalho) e a categoria “atividade física” coocorreu também com mais 2 categoria, “mente”, esta conexa à categoria “físico”. Encontrou-se resultado semelhante em pesquisa de Brito e Camargo (2011), em que se observou conexidade forte entre “alimentação e atividade física”.

Em relação à análise lexical de dados textuais originados da Questão 7 (O que é saúde para você?), identificaram-se, após a análise de “Classificação Hierárquica Descendente” (CHD) no *corpus* “Saúde”, 5 classes, expressando aspectos compartilhados acerca da RS de saúde.

Os servidores pesquisados compartilharam a representação do objeto social “saúde” enquanto condição fundamental para viver bem, com qualidade. Essa concepção é encontrada na carta de Ottawa (WHO, 1986), que define saúde enquanto uma “importante dimensão da qualidade de vida” (WHO, 1986). Ao se considerar saúde em seu significado pleno, trabalha-se com algo tão amplo como a própria noção de vida (Czeresnia, 2012) e, elencada como questão norteadora, implantou-se no Brasil o Pacto pela Vida (Brasil, 2013b), política que objetiva promover a saúde, com foco no enfrentamento de problemas, baseando-se no reconhecimento de seus determinantes sociais.

A saúde também foi expressa segundo o aspecto da ausência de doença, aliada ao bem-estar físico e mental. A saúde, segundo o axioma tradicional da medicina, é compreendida como a ausência de doença, ou seja, a classificação dos seres humanos como saudáveis ou doentes seria uma questão objetiva, relacionada ao grau de eficiência das funções biológicas, sem necessidade de juízos de valor (Boorse, 1977). Em oposição a essa definição negativa – definindo o que ela não é – a concepção de saúde da OMS como sendo o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1946), tentou superar essa definição ao complementar o aspecto da percepção pessoal como fator imprescindível à avaliação da condição de saúde de um indivíduo. Portanto, atrelou-se a noção de ausência de doença, aferida objetivamente, à percepção subjetiva de bem-estar, conferindo ao sujeito uma função de protagonista nesse processo.

Os servidores compartilham também outra dimensão de saúde, ligada ao bem-estar em três principais aspectos – o físico, o social e o psicológico. Essa dimensão é similar à dimensão supracitada, porém, sem a referência à ausência de enfermidade. A dimensão do bem-estar também compõe a carta de Ottawa (WHO, 1986), em que se definiu saúde enquanto promoção de estilos de vida saudáveis, e, especialmente, a promoção do bem-estar global. Os servidores referenciaram o apoio como gerador de bem-estar social, bem como o recebimento de um bom



salário. Referenciaram o bem-estar psicológico, mental, como resultado da diminuição do estresse. O bem-estar físico foi referido como a possibilidade de ser ativo, apto, poder exercer as atividades cotidianas necessárias.

Identifica-se que a noção de bem-estar foi associada, em alguma medida, à concepção da OMS, cuja definição de saúde é o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1946). Portanto, observa-se que a noção de bem-estar atrelou-se, tanto no universo reificado quanto no consensual, à noção de qualidade de vida, cujo grau de satisfação das necessidades humanas tem como referência noções subjetivas de bem-estar, conforto, realização pessoal e coletiva (Brasil, 2013b).

O aspecto de saúde vinculado à maior classe gerada, destacado principalmente pelo sexo feminino, foi ligado a sensações e a estados subjetivos. Saúde foi representada em termos de sentir/estar em paz, com disposição e energia. Essa dimensão, encontrada também em outras pesquisas (Camargo et. al., 2010; Brito & Camargo, 2011), indica elementos de ordem da subjetividade, atrelada ao estado emocional.

Saúde também foi representada segundo o aspecto do equilíbrio, harmonia – estabilidade entre o corpo e a mente. No universo científico, essa concepção de saúde também é encontrada, sendo compreendida como um estado de bom funcionamento do organismo, condição relacionada à ideia de equilíbrio, vigor, realização de si mesmo, seja ao nível físico ou psíquico (Soares Neto, 2006).

Portanto, é possível identificar que a saúde é expressa, pelo conjunto de servidores, enfocando 5 dimensões: a dimensão de condição fundamental para viver com qualidade; a dimensão de bem-estar contemplando os aspectos físico, social e psicológico; a dimensão de bem-estar físico e mental, aliado à ausência de doença; a dimensão de equilíbrio, estado de harmonia entre o corpo e mente; e, evocada principalmente pelas participantes, a dimensão relacionada ao sentimento/estado de paz, disposição e energia.

### **6.1.2 Representações sociais de práticas de saúde**

Com base no conteúdo obtido a partir das evocações utilizando o termo indutor “práticas de saúde”, é possível destacar que essa expressão evidenciou uma representação cujas categorias organizadoras foram a “atividade física e alimentação”, ou seja, as mesmas categorias encontradas quando se utilizou o termo indutor “saúde”. Foram

evocados elementos periféricos que conferem sentido a essas categorias, exemplificando-as.

Na primeira periferia, constam os elementos “sono, lazer e cuidados”. A zona de contraste constituiu-se pelas categorias “prevenção, caminhada, corrida, hábitos, informação e movimento”. A categoria “prevenção” se destaca em relação às demais do quadrante pela frequência maior em mais de duas vezes ( $f=13$ ). Por fim, a segunda periferia apresenta os elementos que expressam o caráter de particularidade e menor pertinência coletiva à representação social. Nesse quadrante, encontram-se os elementos “descanso, médico, convivência, meditação, equilíbrio, trabalho, relacionamentos, ambiente, bem-estar, tempo, higiene”, dentre outros menos evocados e com maior ordem média de evocação.

Diferentemente da RS de saúde, a categoria “bem-estar” foi menos prevalente e lembrada nas últimas posições, revelando o caráter concreto dos elementos evocados quando se pensa em “práticas de saúde”, em detrimento dos elementos abstratos.

Verifica-se que a conexão mais forte ocorreu entre os elementos “atividade física e alimentação”, que organizam os demais. A categoria “atividade física”, também coocorre com outras 13 categorias e, dentre elas, as com maior conexidade são “convivência”, “cuidados” e “meditação”. Comparando a conexidade dos elementos quando se utilizou o termo indutor “saúde”, identifica-se que os elementos “convivência e meditação” não foram evocados, enquanto o elemento “cuidados” apresentou conexão ao elemento organizador alimentação, em vez de atividade física, como foi nesse caso. A categoria “alimentação” coocorre com mais outras 15 categorias e, dentre elas, as com maior conexidade são “sono”, “lazer” e “descanso”. Comparando a conexidade dos elementos quando se utilizou o termo indutor “saúde”, identifica-se que esses mesmos elementos também foram evocados e também apresentaram conexidade mais forte que os demais.

O estudo comparativo das representações sociais é possível por meio da identificação do núcleo central (Abric, 2003). A partir dos resultados encontrados, por meio do teste de associação de palavras com o termo indutor “práticas de saúde”, pode-se considerar que esse objeto social não configura uma RS diferente da RS de saúde, visto que apresenta elementos organizadores iguais. A expressão “práticas de saúde” fez com que os participantes exemplificassem elementos de natureza mais funcional, de prescrição de comportamentos, uma vez que indicam aos indivíduos como agir em uma determinada situação e contexto (Abric, 2003; Flament, 2001).

Ao evocar palavras associadas a esse termo, os participantes revelaram o que compartilham acerca de “práticas de saúde” – majoritariamente elementos concretos, como “hábitos, disciplina, tempo, movimento, corrida, caminhada, meditação, ambiente, descanso, sono, higiene, cuidados, médico, exames, prevenção, informação, trabalho, lazer”, além dos elementos organizadores “alimentação e atividade física”. Elementos que conotam aspectos abstratos, subjetivos, foram evocados em menor proporção, mas também corroboram o encontrado na análise do *corpus* “Saúde”, cuja concepção compartilhada de saúde, além de outras, é o cuidar do corpo (físico) e da mente (subjetivo). Expressam esse valor estas categorias evocadas: “otimismo, motivação, equilíbrio, bem-estar, amor, amizades, socialização, relacionamentos e convivência”.

Assim, pode-se depreender que o termo “práticas de saúde” especifica situações em que predominam a finalidade operatória, pragmática do objeto social, ativando principalmente elementos com características mais funcionais, enquanto situações de julgamento ou posicionamento avaliativo, carregadas de carga ideológica e/ou socioafetiva, como ocorre com a utilização do termo “saúde”, ativam elementos marcadamente mais normativos (Abric, 2003). A identificação da dimensão mais pragmática torna-se relevante em um momento de operacionalização de políticas direcionadas a uma população específica, em que a estratégia possa ser traçada considerando o arcabouço de informações, crenças, opiniões e atitudes compartilhados pelo grupo.

## 6.2 PRÁTICAS DE SAÚDE

Serão discutidas, nesta subseção, estas práticas de saúde dos servidores – ingestão de frutas e hortaliças, realização de atividade física, não ingestão de álcool em excesso e não fumar. A fim de incrementar essa análise, serão discutidas as relações dessas práticas com fatores a elas atrelados, como o IMC dos participantes, suas fontes de informação sobre saúde, serviços de saúde utilizados, morbidades referidas, autoavaliação do estado de saúde e, por fim, a relação entre saúde e o trabalho.

### 6.2.1 Autoavaliação do estado de saúde e qualidade de vida

A autoavaliação do estado de saúde é um indicador válido e relevante do estado de saúde de indivíduos e de populações. Este

indicador está fortemente relacionado a medidas objetivas de morbidade e de uso de serviços, constituindo-se em um importante preditor de mortalidade, independentemente de outros fatores. A autoavaliação de saúde capta, além da exposição a doenças (diagnosticadas ou não), o impacto que elas geram no bem-estar físico, mental e social dos indivíduos (Brasil, 2015a).

Nesta pesquisa, os participantes avaliaram de forma positiva o estado de “saúde em geral”, saúde física, saúde mental e a qualidade de vida. No entanto, entre as categorias profissionais, os TAE avaliaram mais negativamente a saúde física, a saúde mental e a qualidade de vida do que os docentes – diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,01$ ). Com relação à variável autoavaliação da “saúde em geral”, a frequência de participantes que avaliaram negativamente seu estado de saúde (como *ruim* ou  *muito ruim*) correspondeu a 2,27%, prevalente somente na categoria profissional dos TAE, sendo maior a prevalência entre o sexo masculino (3,03%) do que entre o feminino (1,52%).

Em 2012, considerando o conjunto da população adulta das 26 capitais brasileiras e o Distrito Federal, a frequência dos que autoavaliaram negativamente seu estado de saúde foi de 5,0% (mais que o dobro da encontrada entre os servidores pesquisados), sendo mais prevalente entre as mulheres (6,2%) do que entre os homens (3,7%) (Brasil, 2013a). No entanto, quando comparada à pesquisa do VIGITEL Saúde Suplementar, realizada em 2014, com a população de beneficiários de planos privados de saúde, como é o caso dessa pesquisa, em que quase a totalidade dos participantes (92,4%) estão cobertos por planos privados de saúde, observa-se valores mais próximos. No conjunto dessas 27 cidades, 2,5% dos participantes avaliaram negativamente o seu estado de saúde, 2,0% entre homens e 3,4% entre as mulheres (Brasil, 2015a).

Com relação à autoavaliação mais negativa dos TAE em comparação aos docentes, identifica-se fatores importantes associados a esses resultados. Considerando que se encontrou diferença significativa das autoavaliações de saúde mental, saúde física e qualidade de vida entre aqueles que consomem regularmente frutas e hortaliças, sendo mais positivas em comparação às autoavaliações daqueles que não consomem esses alimentos regularmente ( $p < 0,05$ ), as autoavaliações dos TAE estão associadas a essa variável, visto que se identificou, dentre as categorias profissionais, diferença significativa entre o consumo regular de frutas e hortaliças ( $p < 0,01$ ) – menos da metade dos TAE consomem esses alimentos regularmente, enquanto que mais da metade dos docentes o fazem.

Considerando também que se constatou diferença significativa das autoavaliações de saúde física, saúde mental e qualidade de vida, mais positivas conforme houve o aumento do padrão de realização de atividade física (aqueles que não praticam atividade física no lazer, aqueles que praticam, mas não atingem o nível recomendado, e aqueles que praticam e atingem o nível recomendado) ( $p < 0,05$ ), as autoavaliações dos TAE também estão associadas a essa variável – dentre os participantes que não praticam nenhuma atividade física (28,79%), a prevalência é maior entre os TAE (40,91%) do que entre os docentes (16,67%), enquanto que entre aqueles que praticam algum tipo de atividade física (71,21%), atingindo o nível recomendado ou não, a prevalência é maior entre os docentes (83,33%) do que entre os TAE (59,09%), sendo essas diferenças significativas ( $p < 0,01$ ).

Ainda relacionado a fatores associados à autoavaliação mais negativa dos TAE nos domínios da saúde, em comparação aos docentes, verificou-se que a saúde física e a qualidade de vida foram mais negativamente avaliadas pelos participantes que fizeram uso abusivo de álcool do que entre aqueles que não fizeram uso abusivo, sendo essa diferença significativa ( $p < 0,05$ ). Essa diferença vai ao encontro dos resultados referentes ao consumo abusivo de álcool nessa amostra, mais prevalente entre os TAE (43,93%) do que entre os docentes (27,27%), sendo significativa essa diferença entre as categorias profissionais ( $p < 0,05$ ).

Em uma pesquisa que revisou 11 estudos sobre a autoavaliação do estado de saúde da população idosa brasileira, a prevalência de autoavaliação negativa variou de 12,6% a 51,9%. As variáveis predominantemente associadas à autoavaliação negativa de saúde foram a presença de doenças, quantidade de medicamentos em uso, renda familiar/domiciliar mensal, internações, consultas médicas, dificuldade/incapacidade para atividades de vida diária, presença de sintomas depressivos e ansiosos e queixa de insônia (Pagotto, Bachion e Silveira, 2013).

Verifica-se a existência de uma heterogeneidade de fatores associados à autoavaliação da saúde, que concorrem para uma avaliação mais positiva ou negativa acerca dela. Mesmo sendo uma medida de autorreferência, ela está fortemente associada ao estado real ou objetivo de saúde das pessoas, incorporando seus aspectos físicos, cognitivos e emocionais (Brasil, 2015a; Pagotto, Bachion & Silveira, 2013). Portanto, deve-se atentar para esses fatores, haja vista que eles correspondem, em alguma medida, aos próprios determinantes da condição de saúde das pessoas.

## 6.2.2 Morbidade referida e fatores relacionados

Com relação à morbidade referida, 7,58% dos participantes referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, frequência 3 vezes menor do que a do conjunto das 26 capitais do Brasil e do Distrito Federal, em 2014, cuja pesquisa questionou somente beneficiários de planos de saúde suplementar. Em Florianópolis, essa frequência foi ainda um pouco maior (24,1%) (Brasil, 2015a). Semelhantes valores foram encontrados na população não beneficiária de planos de saúde privados, sendo de 24,3% a frequência no conjunto dessas 27 cidades, em 2012 (Brasil, 2013a). Em ambas as pesquisas, a frequência do diagnóstico diminuiu com o aumento do nível de escolaridade. Na população com 12 ou mais anos de escolaridade, não beneficiária de planos de saúde, a frequência de hipertensão referida, em 2012, no conjunto das 27 cidades, foi de 14,2% (Brasil, 2013a). Em 2014, na população com 12 anos ou mais de escolaridade, beneficiária de planos, a frequência foi um pouco maior (17,2%) (Brasil, 2015a). Considerando que a amostra pesquisada ( $N = 132$ ) se caracteriza por uma quase totalidade de participantes beneficiários de planos de saúde ( $n = 122$ ) e com 12 ou mais anos de escolaridade ( $n = 129$ ), ainda assim os servidores desta Instituição de Ensino apresentaram frequência de diagnóstico referido de hipertensão arterial consideravelmente menor que o encontrado em população com características semelhantes.

Para confirmar se essa frequência tão díspar encontrada entre os servidores desta Instituição não é ao acaso, seria importante pesquisar em um conjunto maior de servidores, ou mesmo em todo o corpo funcional. Independente disso, essa frequência é importante para definir o perfil de saúde dessa população.

Reconhecendo que uma alimentação com muito sal, o uso nocivo de álcool, a falta de atividade física e a obesidade são fatores que elevam a pressão arterial, cujos efeitos se acumulam com o tempo (WHO, 2009), relacionaram-se as práticas de saúde dos participantes (referentes ao consumo de álcool e à atividade física), a condição do IMC e o diagnóstico referido de hipertensão arterial.

Identificou-se que, entre os 10 participantes que referiram o diagnóstico de hipertensão arterial, 4 deles estão com excesso de peso, 3 estão obesos e os outros 3 estão com o IMC normal. Identificou-se também que 4 deles não praticam atividade física, 3 praticam abaixo do nível recomendado e os outros 3 praticam o nível recomendado. Dentre esses 10 participantes, 2 fizeram uso nocivo de álcool ( $n = 47$ ). Devido à pequena quantidade de casos desse diagnóstico, não é possível

estabelecer significância estatística. No entanto, observam-se resultados interessantes a serem aprofundados, como a relação entre hipertensão arterial e o excesso de peso e obesidade (7 casos entre os 10 participantes), e a relação entre hipertensão arterial e a inatividade física no tempo livre (4 casos entre esses participantes).

Com relação ao colesterol alto, a frequência de diagnóstico prévio foi de 8,33% entre os servidores pesquisados. Em 2014, na amostra da população das 26 capitais do Brasil e do Distrito Federal, beneficiária de planos privados de saúde, a frequência desse diagnóstico foi mais que o dobro (21,3%), semelhante à Florianópolis (21,4%). Mesmo sendo um pouco menor entre aqueles com 12 ou mais anos de escolaridade (20,8%), ainda é muito grande a diferença em relação à amostra de servidores (Brasil, 2015a).

Entre os 11 participantes que referiram esse diagnóstico, 3 não praticam atividade física e 8 praticam (5 atingem o nível recomendado e 3 não atingem). Devido à pequena quantidade de casos, não foi encontrada diferença significativa entre o diagnóstico referido de colesterol total e o padrão de atividade física. No futuro, seria importante investigar se esses diagnósticos estão associados a fatores genéticos e dietas ricas em gorduras saturadas, os quais não foram objeto de investigação desta pesquisa, pois são fatores que podem aumentar os níveis de colesterol.

Quanto à diabetes, a frequência de servidores que referiram diagnóstico médico prévio foi de 1,52%. Em 2012, no conjunto da população adulta das 26 capitais do Brasil e do Distrito Federal, não beneficiária de planos de saúde suplementar, a frequência foi de 7,4%, mais prevalente entre as mulheres (8,1%) do que entre os homens (6,5%). O diagnóstico da doença tendeu a diminuir com o aumento da escolaridade, sendo de 3,8% a frequência do diagnóstico entre aqueles com 12 ou mais anos de estudo (Brasil, 2013a).

Em 2014, no conjunto da população adulta, beneficiária de planos de saúde, das 26 capitais do Brasil e do Distrito Federal, a frequência de referência a esse diagnóstico foi de 7,1%, mais prevalente entre o sexo feminino (7,3%), do que entre o masculino (6,9%). No sexo masculino, as maiores frequências foram observadas em João Pessoa (9,3%), Palmas (9,2%) e Florianópolis (9,1%). Em Florianópolis, a prevalência da referência de diagnóstico de diabetes foi mais prevalente entre os homens (9,1%) do que entre as mulheres (7,2%) (Brasil, 2015a). Entre os 2 participantes desta pesquisa que referiram o diagnóstico de diabetes, identificou-se que ambos são do sexo masculino, conforme a

prevalência por sexo encontrada em Florianópolis, diferente da prevalência no conjunto das 27 cidades, que é maior entre o feminino.

Igual ao padrão de diagnóstico de hipertensão arterial e colesterol total, a frequência do diagnóstico de diabetes também reduz com o aumento do nível de escolaridade. Entre os indivíduos que possuem 12 anos ou mais de estudo, beneficiários de planos de saúde, o diagnóstico referido de diabetes foi de 4,5%, sendo maior a prevalência entre o sexo masculino (4,9%) do que entre o feminino (4,2%) (Brasil, 2015a), frequência mais próxima à encontrada nessa pesquisa.

Identificou-se que, além de serem ambos do sexo masculino, os servidores com diagnóstico referido de diabetes são de categorias profissionais diferentes e estão obesos, fator que pode estar associado à doença, considerando que, no mundo, 44% da carga de diabetes são atribuíveis ao excesso de peso e obesidade (WHO, 2009). O TAE possui 62 anos e o docente, 63, idades próximas à encontrada na literatura: em ambos os sexos, o diagnóstico da doença se torna mais comum com o avanço da idade, sendo que mais de um quinto dos homens e das mulheres, com 65 anos ou mais de idade, referiram esse diagnóstico, em 2012, no conjunto da população das 26 capitais brasileiras e o Distrito Federal (Brasil, 2013a).

Como o aumento da glicose no sangue está associado a fatores como alterações na alimentação e a redução de níveis de atividade física, verificaram-se os padrões dessas duas variáveis entre esses dois participantes. Não se verificou o mesmo padrão de consumo de frutas e hortaliças e de atividade física entre os dois servidores. O docente apresenta práticas de saúde relacionadas a fatores de proteção, como o consumo regular e recomendado de frutas e hortaliças e a prática do nível recomendado de atividade física no tempo livre, enquanto que o TAE não faz a ingestão regular e recomendada desses alimentos, tampouco pratica alguma atividade física no tempo livre, revelando um padrão de práticas de saúde associadas a riscos.

Entre os anos de 2008 a 2014, entre a população adulta beneficiária de planos de saúde, de ambos os sexos, das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal, houve um aumento significativo ( $p \leq 0,05$ ) do diagnóstico médico referido de diabetes, de 5,8% para 7,1%, sendo essa variação estatisticamente significativa (Brasil, 2015a).

Entre as morbidades discutidas, o principal fator de risco é a hipertensão arterial. Todas estas 3 condições: hipertensão arterial, diabetes e colesterol alto estão ligadas à alimentação (WHO, 2009), portanto, mais facilmente passíveis de mudança, considerando que uma



parcela desse processo está vinculada à escolha dos alimentos. Assim, o monitoramento dessas condições entre os servidores públicos, e seus determinantes, é importante enquanto estratégia de prevenção a doenças e seus agravos, bem como de proteção e promoção à saúde.

### **6.2.3 Alimentação e fatores de risco relacionados**

Concernente a indicadores do consumo alimentar considerados marcadores de padrões saudáveis de alimentação, serão discutidos a frequência de consumo de frutas e hortaliças (legumes e verduras). A frequência dos servidores que fazem o consumo regular de frutas e hortaliças foi de 48,5%, maior do que o encontrado no conjunto da população adulta das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal, em 2013, cuja frequência é de 36,0% (Brasil, 2014). Na amostra de servidores, as mulheres consomem mais frutas e hortaliças regularmente (53,03%) do que os homens (43,94%), mesmo padrão de prevalência, entre os sexos, encontrado nas 27 cidades pesquisadas, porém, com frequência maior – o consumo nas 27 cidades, entre as mulheres, correspondeu a 41,5% e, entre os homens, a 29,6% (Brasil, 2014).

No entanto, considerando apenas a capital Florianópolis, em 2013, o consumo foi semelhante à amostra de servidores pesquisada, sendo a frequência de adultos que consomem regularmente esses alimentos, na capital, igual a 47,5%, também com menor prevalência entre os homens (38,4%), do que entre as mulheres (55,8%), esta última frequência, um pouco maior do que a encontrada na amostra de servidoras. A cidade de Florianópolis se destacou em relação ao consumo regular desses alimentos: ficou entre as três cidades, das 27, com maiores frequências de consumo regular de frutas e hortaliças em ambos os sexos (Brasil, 2014).

Em comparação à população adulta beneficiária de planos de saúde, das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal, em 2014, encontram-se valores mais semelhantes. No conjunto dessa população, a frequência de consumo regular é de 44,1%, sendo menor entre os homens (36,7%) do que em mulheres (50,0%). Em Florianópolis, a frequência de consumo ultrapassa o dessa amostra de servidores, sendo de 54,7%, mais prevalente entre as mulheres (58,6%) do que entre os homens (50,1%). Florianópolis ficou entre as 3 cidades, das 27, com as maiores frequências de consumo regular entre o sexo masculino. Essa frequência também ultrapassa a dos indivíduos que possuem 12 anos ou mais de escolaridade, no conjunto dessas 27 cidades, sendo de 51,6%,

com maior prevalência entre as mulheres (57,5%) do que entre os homens (44,0%) (Brasil, 2015a).

Observa-se, portanto, que, na amostra de servidores públicos pesquisada, a frequência do consumo regular de frutas e hortaliças é muito próxima à da população, das 27 capitais, com 12 anos ou mais de escolaridade e um pouco menor do que à da população de Florianópolis, considerada entre as três mais altas do país. No entanto, faz-se necessário avançar e aumentar a frequência do consumo desses alimentos, pois apesar de Florianópolis e, especificamente, essa amostra de servidores apresentar uma das maiores frequências, em comparação às demais capitais, não é o suficiente apenas cerca da metade da população consumir regularmente esses alimentos.

Com relação ao consumo recomendado de frutas e hortaliças, a frequência de consumo entre os servidores é um pouco menor (24,24%) do que a da população beneficiária de planos de saúde, do conjunto das 26 capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal, em 2014, equivalente a 29,4%. Tanto no conjunto dessa população quanto na amostra de servidores, o consumo recomendado é mais prevalente entre as mulheres (33,8% das mulheres dessas 27 cidades e 25,76% entre as servidoras) do que entre os homens (23,9% dos homens dessas 27 cidades e 22,73% entre os servidores) (Brasil, 2015a).

No entanto, considerando a população de Florianópolis beneficiária de planos de saúde, em 2014, a diferença de frequência de consumo recomendado é maior. A frequência de consumo nessa capital é de 36,0%, sendo maior entre mulheres (39,1%) do que homens (32,2%). Florianópolis ficou entre as 3 cidades, das 27, com as maiores frequências de consumo recomendado entre o sexo masculino. A frequência de consumo recomendado de frutas e hortaliças entre os servidores ficou atrás também da população, dessas 27 cidades, beneficiária de planos de saúde e com 12 anos ou mais de escolaridade, cuja frequência é de 35,3%, sendo maior entre as mulheres (40,5%), do que entre homens (28,6%) (Brasil, 2015a).

Observa-se que o consumo recomendado de frutas e hortaliças entre os servidores públicos desta Instituição é consideravelmente menor e não reflete o padrão de consumo da cidade sede da Instituição, tampouco o padrão de consumo dos indivíduos, no conjunto da população dessas 27 cidades brasileiras, cuja escolaridade é de 12 anos ou mais, escolaridade similar à da amostra. Como o cálculo do consumo recomendado desses alimentos depende da regularidade e quantidade do consumo, e que menos da metade dos TAE consomem regularmente esses alimentos, havendo diferença significativa no padrão de consumo

entre as duas categorias ( $p < 0,01$ ), uma hipótese a se considerar é a de que o padrão de consumo da categoria profissional dos TAE possa estar contribuindo para a redução da frequência desse indicador de consumo alimentar saudável, justificando a diferença considerável entre as frequências encontradas na literatura.

Considerando que o fator econômico é uma dos determinantes sociais de saúde, realizaram-se testes qui-quadrado para comparar renda familiar e padrão de consumo regular de frutas e hortaliças, como também comparar renda familiar e categoria profissional. Verificou-se uma diferença significativa entre a renda familiar e o padrão de consumo regular de frutas e hortaliças. Entre aqueles participantes cuja renda familiar ultrapassa R\$7.000,00, a frequência do consumo regular desses alimentos é maior do que entre aqueles cuja renda familiar encontra-se abaixo desse valor, cuja prevalência é o consumo irregular [ $\chi^2(1, N = 130) = 5,26; p < 0,05$ ]. Também se identificou uma diferença significativa da renda familiar entre as categorias profissionais, sendo mais prevalente entre os docentes a renda familiar acima de R\$7.000,00 ( $n = 53$ ), enquanto que é mais prevalente entre os TAE a renda familiar abaixo de R\$7.000,00 ( $n = 51$ ) [ $\chi^2(1, N = 130) = 46,84; p < 0,001$ ]. Portanto, identifica-se, neste estudo, que as variáveis renda familiar e categoria profissional foram preditoras do consumo regular de frutas e hortaliças, corroborando a concepção de saúde enquanto condição relacionada a diferentes determinantes sociais, um deles, o fator socioeconômico (Brasil, 2008b).

Em estudos epidemiológicos, o diagnóstico do estado nutricional de adultos é feito a partir do IMC (Brasil, 2015a). As frequências de sobrepeso e obesidade entre os servidores foram menores quando comparadas às da população tanto beneficiária de planos de saúde como não beneficiária, no conjunto das 26 capitais brasileiras e o Distrito Federal, em 2014, embora com mesmo padrão de prevalência por sexo. O excesso de peso entre os servidores foi de 31,8%, mais prevalente no sexo masculino (47,0%) do que no feminino (16,7%), enquanto que na população não beneficiária de planos de saúde privados foi de 52,5%, sendo maior também entre os homens (56,5%) do que entre mulheres (49,1%) (Brasil, 2015b). No conjunto da população beneficiária de planos de saúde suplementar a frequência de sobrepeso foi de 52,2%, sem muita alteração em relação aos não beneficiários, também com maior prevalência entre o sexo masculino (60,8%) do que entre o feminino (45,4%) (Brasil, 2015a). Maior diferença em relação à frequência de sobrepeso entre os servidores é encontrada em comparação à população de Florianópolis, beneficiária de planos de

saúde, cuja frequência de adultos com essa condição é de 55,6%, sendo menos prevalente entre as mulheres (45,6%) do que entre homens (67,6%), cuja frequência ficou entre as três maiores das 27 cidades pesquisadas (Brasil, 2015a).

A obesidade entre os servidores foi de 11,4%, mais prevalente entre o sexo masculino (12,1%) do que no feminino (10,6%), frequências menores do que as encontradas no conjunto das 27 cidades, em 2014, entre a população não beneficiária de planos de saúde, que foi de 17,9%, embora um pouco mais prevalente no sexo feminino (18,2%) do que no masculino (17,6%) (Brasil, 2015b). Entre a população beneficiária, a frequência de adultos com essa condição não difere muito (16,8%). Em Florianópolis, encontrou-se uma frequência entre os beneficiários um pouco menor (15,9%) (Brasil, 2015a).

As menores prevalências de excesso de peso e obesidade entre os servidores é um fator importante, tendo em vista que essas condições, juntas com outros fatores, como hipertensão arterial, baixa ingestão de frutas e hortaliças, colesterol elevado, inatividade física e diabetes, são responsáveis por 19% dos casos de morte no mundo. Excetuando-se a inatividade física, todos esses fatores de risco estão ligados à alimentação (WHO, 2009). Em relação à alimentação, identificou-se que entre os participantes com excesso de peso e obesidade ( $n = 57$ ), é mais prevalente o consumo irregular de frutas e hortaliças ( $n = 36$ ), do que entre os indivíduos que estão com baixo peso e peso normal ( $n = 75$ ), para os quais predomina o consumo regular desses alimentos ( $n = 43$ ), sendo essa diferença significativa ( $p < 0,05$ ). Não houve diferença significativa entre o excesso de peso e obesidade com a inatividade física.

No Brasil, a frequência de excesso de peso e obesidade aumentou significativamente ( $p = \leq 0,05$ ), entre os anos de 2008 e 2014, na população das 26 capitais e o Distrito Federal, beneficiária de planos privados de saúde (Brasil, 2015a). No mundo, devido a mudanças nos hábitos alimentares e aumento da inatividade física, o excesso de peso e a obesidade também estão aumentando (WHO, 2009). Mesmo diante da prevalência bastante reduzida dessas condições entre os servidores públicos pesquisados, talvez explicada pela diminuição que vem ocorrendo no excesso de peso e obesidade nos estratos de maior renda (Barreto et. al., 2005), faz-se importante seu monitoramento para que não siga o padrão nacional e mundial de elevação de suas incidências.

## 6.2.4 Atividade Física

A atividade física é um meio fundamental para melhorar a saúde física e mental das pessoas (WHO, 2004). Nesta pesquisa, constatou-se diferença significativa ( $p < 0,05$ ) das autoavaliações de saúde física e de saúde mental entre aqueles que não praticam atividade física, aqueles que praticam (mas não atingem o nível recomendado) e aqueles que praticam o nível recomendado de atividade física. À medida que o padrão de atividade física aumentou, as autoavaliações de saúde física e mental foram mais positivas.

Entre os servidores ( $N = 132$ ), a frequência de participantes que atingiram o nível recomendado de atividade física no tempo livre foi de 43,94%, maior do que a frequência da população das 26 capitais brasileiras e o Distrito Federal, em 2012, não beneficiária de planos de saúde suplementar (33,5%). É mais prevalente o nível recomendado entre os servidores do sexo feminino (46,97%) do que entre o masculino (40,91%), frequência um pouco menor do que a dos homens do conjunto dessas 27 cidades (41,5%) (Brasil, 2013a). Florianópolis foi a capital com maior frequência entre as demais (43,1%), com maior prevalência no sexo masculino (54,4%) do que no feminino (32,9%) (Brasil, 2013a).

Em 2013 e 2014, a prática de atividade física no tempo livre foi contabilizada em termos de “frequência de adultos que praticam atividades físicas no tempo livre, equivalentes a pelo menos 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana” (Brasil, 2014; Brasil, 2015a; Brasil, 2015b). Nesta pesquisa, contabilizaram-se também aqueles indivíduos que praticam, pelo menos, 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa, indicador anteriormente utilizado na pesquisa do VIGITEL (Brasil, 2013a). Em 2014, a prevalência do nível recomendado de atividade física, na população das 26 capitais brasileiras e o Distrito Federal, foi maior entre os beneficiários de planos de saúde (39,9%) do que entre os não beneficiários (33,8%), no entanto, ainda menor do que a encontrada entre os servidores dessa pesquisa (Brasil, 2015a; Brasil, 2015b).

Divergem os dados relacionados à prevalência do nível recomendado de atividade física entre os sexos, que, na população brasileira, e, especificamente, em Florianópolis, é mais frequente entre os homens beneficiários de planos de saúde suplementar (53,3%) (Brasil, 2015a) e, entre os servidores, mais frequente entre as mulheres. A frequência do nível recomendado de atividade física entre as servidoras da amostra superou a frequência entre o sexo feminino (beneficiário de planos de saúde) na população brasileira (35,7%) e em

Florianópolis (44,0%), cidade que ficou entre as 3 com maiores frequências entre o sexo feminino. É provável que essa diferença identificada na amostra de servidores tenha sido ao acaso, pois não houve diferença significativa do nível recomendado de atividade física no tempo livre entre os sexos, nem entre as categorias profissionais.

Entre os que referiram não praticar atividade física (28,79%), foram identificadas 26 categorias de justificativas, cuja ocorrência foi de 59 vezes ao todo. Entre as razões declaradas, 5 poderiam ser relacionadas às condições materiais e sociais de vida e de trabalho, enquanto determinantes da ausência dessa prática de saúde (Brasil, 2008b). Falta de tempo e razões relacionadas à interface tempo e trabalho (excesso de trabalho, trabalhar o dia todo, horário de trabalho e tempo gasto no deslocamento trabalho-residência e vice-versa) foram referidos 20 vezes (por 17 participantes), conforme Tabela 4.

Tabela 4. *Distribuição das razões referidas para não praticar atividade física por categoria profissional e sexo.*

<i>Razão referida</i>	<i>Docente</i>		<i>TAE</i>		<i>Ocorrência</i>
	<i>mas.</i>	<i>fem.</i>	<i>mas.</i>	<i>fem.</i>	
Falta de tempo	2	2	2	6	12
Excesso de trabalho	1	1			2
Horário de trabalho		1	1		2
Trabalhar o dia todo				2	2
Tempo deslocamento			1	1	2
<i>Total</i>	3	4	4	9	20

Apesar de a razão “falta de tempo” não expressar características contextuais, ela pode estar ligada ao tempo despendido para o trabalho, ou relacionado a ele, como o deslocamento. Considerando a carga horária de trabalho semanal equivalente a 40 horas, são despendidas: 8 horas diárias, somadas a, no mínimo, 1 hora de almoço (por vezes realizado no local ou próximo ao local de trabalho), somadas ao tempo de deslocamento ao trabalho e o retorno à residência, que pode ter uma ampla variação; totalizando uma carga expressiva de tempo destinado ao trabalho, dificultando ou inviabilizando a execução de demais tarefas diárias, incluindo práticas mais saudáveis.

Diante da dificuldade em modificar certas condições vinculadas ao trabalho, como as expostas por esses participantes, os locais de trabalho se tornam um contexto privilegiado para a realização de atividades de promoção da saúde, porque se pode envolver um grupo significativo de pessoas de forma regular (Stroebe & Stroebe, 1995).

Potencialmente, existe também a possibilidade de se manipular o ambiente físico e social, de modo a criar incentivos para as práticas saudáveis (Stroebe & Stroebe, 1995). Portanto, essa ação pode se constituir como uma estratégia a ser direcionada a esse conjunto de servidores, para promover a prática da atividade física. Também pode ser uma estratégia àqueles que referiram razões relacionadas à volição (preguiça e falta de motivação, vontade, iniciativa e disposição) e àqueles que referiam a falta de local para a prática.

### **6.2.5 Uso de tabaco**

Em 2014, no conjunto das 26 capitais do Brasil e o Distrito Federal, a frequência de adultos fumantes, não beneficiários de planos de saúde, foi de 10,8%, sendo maior no sexo masculino (12,8%) do que no feminino (9,0%) (Brasil, 2015b). Comparadas às frequências da amostra de servidores, a proporção de fumantes é muito semelhante, de 10,61% entre os servidores, sendo também maior entre os homens (12,12%) do que entre as mulheres (9,09%). Em Florianópolis, capital sede da Instituição de Ensino pesquisada, a frequência de fumantes excedeu a do conjunto das 27 cidades e a da amostra de servidores, sendo de 12,1%. Também foi mais prevalente entre o sexo masculino (14,0%) do que no feminino (10,3%).

Em 2014, no conjunto das 26 capitais do Brasil e o Distrito Federal, a frequência de adultos fumantes, beneficiários de planos de saúde, foi de 8,7%, menor do que a frequência de adultos fumantes não beneficiários de planos de saúde, mas seguindo o padrão de maior prevalência no sexo masculino (10,3%) do que no feminino (7,3%) (Brasil, 2015a). No entanto, especificamente em Florianópolis, a frequência de homens e mulheres fumantes, beneficiários de planos de saúde, está entre as três mais altas das 27 cidades pesquisadas, sendo de 12,7% entre homens e 9,2% entre as mulheres (Brasil, 2015a), frequências muito próximas às da amostra de servidores e bastante divergentes da frequência de fumantes, beneficiários de planos de saúde, com 12 ou mais anos de escolaridade (característica prevalente entre os servidores da amostra), que foi de 6,5%, mais prevalente entre os homens (7,7%) do que entre mulheres (5,7%) (Brasil, 2015a). Entre 2008 e 2014, a frequência de fumantes beneficiários de planos de saúde, nas 27 cidades, diminuiu significativamente ( $p \leq 0,05$ ), em ambos os sexos, em média 0,7 ponto percentual (pp) ao ano (Brasil, 2015a).

Em outra pesquisa realizada somente em Florianópolis, entre 2009 e 2010, com 1720 participantes – 55,5% mulheres e 44,5% homens

– com média de escolaridade de 11 anos, com mais de dois terços exercendo ocupação não manual, a prevalência de fumantes foi de 19,2%, maior entre homens (21,5%) do que entre mulheres (17,5%) (Silva, Peres, Boing, González-Chica, & Peres, 2013). Essa foi a maior prevalência encontrada na literatura. É preciso investigar quais são os fatores associados à alta prevalência de fumantes na cidade de Florianópolis e se, no conjunto do corpo funcional da Instituição pesquisada, essa frequência se mantém alta.

Dentre os servidores fumantes ( $n = 14$ ), metade fez uso abusivo de álcool nos 30 dias antecedentes à coleta de dados. Fumantes consomem álcool de forma abusiva com maior frequência do que os não-fumantes e o uso abusivo<sup>47</sup> de álcool está associado a uma menor taxa de cessação de fumo do que quando comparado a padrões menores de consumo de álcool. O uso atual de álcool e o uso abusivo de álcool no início do tratamento do tabagismo, bem como o uso de álcool após o tratamento, estão associados negativamente à abstinência de cigarro (Kahler, Spillane, & Metrik, 2010; Cohn, Brandon, Armeli, Ehlke, & Bowers, 2015). Portanto, direcionada aos servidores que desejam cessar o fumo, deve-se verificar a presença do consumo de álcool e o padrão de consumo, a fim de elaborar uma estratégia integrada para obter mais chances de sucesso no tratamento.

Nessa amostra de participantes, 23 pessoas (17,42%) são ex-fumantes de algum produto derivado do tabaco, sendo maior a prevalência entre os homens (22,73%) do que entre as mulheres (12,12%). No ano de 2012, – última pesquisa do VIGITEL em que consta a frequência de ex-fumantes – no conjunto da população das 26 capitais brasileiras e o Distrito Federal, não beneficiária de planos de saúde, a frequência de ex-fumantes é maior do que a dos servidores, sendo de 22%, mais prevalente entre o sexo masculino (25,6%) do que entre o feminino (18,9%) (Brasil, 2013a). De acordo com a escolaridade, a frequência de servidores ex-fumantes é um pouco maior quando comparada à frequência da população, das 27 cidades, com 12 ou mais anos de escolaridade, que é de 15,3%, maior entre os homens (18,5%) do que entre mulheres (12,8%) (Brasil, 2013a).

---

<sup>47</sup> 4 ou mais doses de bebida alcoólica, para mulheres, e 5 ou mais doses de bebida alcoólica, para homens, em uma única ocasião.



## 6.2.6 Uso abusivo de álcool

Identificou-se o uso abusivo de álcool por 35,6% dos participantes, mais prevalente no sexo masculino (43,93%) do que no feminino (27,27%), havendo diferença significativa entre os sexos ( $p < 0,05$ ). No entanto, em 2014, entre a população beneficiária de planos de saúde privados, no conjunto das 26 capitais do Brasil e no Distrito Federal, a frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi cerca de duas vezes menor (16,4%) – sendo maior entre os homens (24,8%), aproximadamente 2,5 vezes, do que entre as mulheres (9,7%). Em ambos os sexos, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas tendeu a aumentar com o nível de escolaridade, sendo de 17,7% entre aqueles que possuem 12 anos ou mais de escolaridade, também maior entre os homens (25,6%) do que entre as mulheres (11,7%) (Brasil, 2015a). Mesmo com condição de escolaridade semelhante, a amostra de servidores consome abusivamente mais que o dobro de álcool.

Em pesquisa realizada em Florianópolis, entre 2009 e 2010, com 1720 participantes – 55,5% do sexo feminino e 44,5% do sexo masculino, com média de escolaridade de 11 anos e exercendo ocupação não manual (mais de dois terços), a prevalência de uso abusivo de álcool foi de 18,5%, também maior entre homens (29,6%) do que entre mulheres (9,6%). O estudo também mostrou uma associação inversa entre renda familiar e educação em relação ao tabagismo, dieta inadequada e inatividade física, enquanto que beber abusivo foi mais prevalente entre aqueles com maior renda familiar per capita e maior escolaridade (Silva, Peres, Boing, González-Chica, & Peres, 2013).

Apesar de diferentes, a frequência de consumo que mais se assemelha ao desta amostra de servidores é a encontrada, em 2014, em Florianópolis, cidade sede da Instituição de Ensino pesquisada – entre as 26 capitais brasileiras e o Distrito Federal, a frequência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas, entre beneficiários de planos de saúde, variou entre 12,7% em João Pessoa e 23,1% em Florianópolis, capital com maior consumo abusivo de álcool – maior entre os homens (34,9%) do que entre as mulheres (13,3%) (Brasil, 2015a). Mesmo comparada ao maior consumo encontrado em população semelhante, a frequência de uso abusivo de álcool entre os servidores públicos desta Instituição encontra-se consideravelmente elevada. Uma hipótese para essa ampla diferença pode estar relacionada ao período de coleta dos dados deste trabalho, que abrangeu as festas de final de ano, o que não aconteceu na pesquisa VIGITEL (Brasil, 2015a). Dois participantes referiram a

eventualidade do ocorrido (durante as festas de final de ano), padrão de consumo que não ocorre nos demais períodos do ano.

Evidencia-se a importância em compreender os fatores relacionados à taxa mais elevada de uso abusivo de álcool entre as pessoas com maior escolaridade (12 anos ou mais), pois esse fenômeno difere do padrão de práticas de saúde característicos dessa população. Em 2014, entre os beneficiários de planos privados de saúde, com 12 anos ou mais de escolaridade, no conjunto das 26 capitais brasileiras e o Distrito Federal, a prevalência de fatores de risco como excesso de peso, obesidade e fumar algum produto derivado do tabaco foi menor nessa população do que entre aqueles com até 8 anos de escolaridade e aqueles com 9 a 11 anos de escolaridade. Seguindo esse padrão, mas relacionando aos fatores de proteção à saúde, como o consumo regular e recomendado de frutas e hortaliças e o nível recomendado de atividade física no tempo livre, a prevalência dessas práticas foi maior entre aqueles com 12 anos ou mais de escolaridade do que entre aqueles com até 8 anos e aqueles com 9 a 11 anos de escolaridade (Brasil, 2015a). Portanto, o consumo abusivo de álcool, que está associado a um maior risco à saúde, é uma prática que não seguiu a tendência das demais práticas de saúde desse grupo – mais elevadas quando possuem um caráter de proteção e inferiores quando o caráter é de risco.

Esse padrão de consumo entre aqueles com 12 anos ou mais de escolaridade pode estar associado, dentre outros fatores, à maior renda familiar advinda de empregos com maiores salários. Em pesquisa realizada no Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte, em 2011, a proporção de adultos que fizeram uso abusivo de álcool tendeu a aumentar com o aumento da renda familiar bruta semanal. O consumo abusivo de álcool também foi maior entre os empregados do que entre os desempregados e os economicamente inativos. O consumo abusivo de álcool também se relacionou ao uso de tabaco – os fumantes fizeram maior uso abusivo de álcool do que os não-fumantes (ONS, 2013).

Evidencia-se também a importância em compreender por que não houve diferença significativa ( $p \leq 0,05$ ) na autoavaliação da saúde mental entre os servidores que fizeram uso abusivo de álcool e os que não fizeram, enquanto que houve diferença significativa ( $p \leq 0,05$ ) na autoavaliação de saúde física e na qualidade de vida, ambas mais negativas em comparação aos servidores que não relataram uso abusivo de álcool. Em um estudo transversal realizado entre 2008 e 2009, em uma típica cidade Russa, verificou-se que entre 1031 adultos do sexo masculino, com idade entre 25 e 60 anos, padrões de consumo abusivo de álcool foram associados a uma pior saúde física autorreferida, e ainda

mais fortemente associados a uma pior saúde mental autorreferida (Dissing, Gil, Keenan, McCambridge, McKee, Oralov, Saburova, & Leon, 2013). Diferentemente do resultado encontrado nesta amostra de servidores no que concerna à saúde mental autorreferida.

Em estudo longitudinal realizado em Copenhagen, Dinamarca, entre 1999 e 2006, verificou-se resultados semelhantes aos da presente pesquisa. Após 5 anos de seguimento, identificou-se uma avaliação mais positiva da saúde física com o aumento da prática de atividade física e uma avaliação mais positiva da saúde mental com o aumento da alimentação saudável. No entanto, foi encontrada uma relação em forma de U invertido para o consumo de álcool e saúde autorreferida (Pisinger, Aadahl, Glümer, & Jørgensen, 2009), o que também foi descrito em outros dois estudos transversais (Riise, Moen, & Nortvedt, 2003; Van Dijk, Toet, & Verdurmen, 2004). Autoavaliações elevadas de saúde mental entre as pessoas que bebem mais álcool do que o recomendado, sem serem alcoolistas, pode refletir o efeito chamado pelos autores de “jolly drinkers”, comparável ao efeito “fat and jolly<sup>48</sup>,” (Pisinger, Aadahl, Glümer, & Jørgensen, 2009), em que a abstinência de álcool e o extremo, o alcoolismo, estão associados a autoavaliações mais negativas de saúde mental, enquanto que o consumo recomendado e o consumo acima do recomendado (neste estudo chamado de uso abusivo de álcool) estariam associados a autoavaliações de saúde mental mais positivas.

Portanto, uma hipótese para explicar a ausência de diferença significativa na autoavaliação de saúde mental entre os servidores que referiram uso abusivo de álcool e os que não referiram o uso abusivo pode estar relacionado ao padrão de consumo dos servidores desta amostra, próximo aos níveis recomendado e acima do recomendado, porém sem atingir o nível de alcoolismo. Em futuras pesquisas, a fim de analisar com maior profundidade essa relação, é importante investigar os quatro padrões de consumo (abstinência, consumo recomendado, consumo acima do recomendado e alcoolismo) e sua relação com a saúde mental autorreferida.

### **6.2.7 Informações e serviços de saúde**

Apesar de a temática da saúde já ser amplamente divulgada por meio de canais mais populares, a busca por informações/orientações de

---

<sup>48</sup> Efeito em que IMC e depressão estão associados na forma de U – baixo peso e obesidade associam-se a altos índices de depressão (Revah-Levy, Speranza, Barry, Hassler, Gasquet, Moro, & Falissard, 2011).

“Profissionais da saúde” prevaleceu (65,6%), entre os servidores, em detrimento da “internet” (61,8%) e “televisão” (26%).

No entanto, tem se observado que temas ligados à saúde vêm despertando, entre leitores e telespectadores de produtos jornalísticos, um crescente interesse nas últimas décadas, em diferentes países. Semelhante tendência pode ser observada em relação a páginas virtuais, tanto as que tratam sobre o tema de maneira genérica quanto as que tratam de nichos específicos (Clébicar & Lerner, 2015).

Em estudo sobre o uso de informações sobre saúde disponíveis na internet, Lemire (2010) destaca que, entre os anos 2007 e 2008, 59% dos internautas adultos franceses e 84% dos americanos recorriam à internet como fonte de informação sobre saúde. Esses dados corroboram o encontrado na presente pesquisa, cujo uso da internet como fonte desse tipo de informação situa-se entre o encontrado nesses dois países.

Esse interesse, destaca Lerner (2013), decorre de uma crescente valorização das ações de autocuidado, marcada pelo redimensionamento da subjetividade. Nesse sentido, Clébicar e Lerner (2015) apontam que a interatividade nas páginas virtuais é maior quando as temáticas, de alguma maneira, ainda que indireta, têm impacto na vida dos sujeitos.

Nesse contexto, observa-se a emergência da centralidade da temática saúde e a noção de risco. Esse conceito, que ganhou relevância diante do desenvolvimento da Epidemiologia, contribuiu para um panorama social no qual a responsabilidade pelo cuidado passa a ser cobrada do indivíduo, que deve se informar, em fontes confiáveis, a fim de adotar as melhores práticas para a manutenção de sua saúde (Castiel, Guillan, & Ferreira, 2010). Ao adotarem essa concepção, os meios de comunicação e seus agentes acabam por estimular uma responsabilização que, muitas vezes, beira a culpabilização.

Verifica-se que, ao privilegiarem também o consultório de Clínica e o médico, bem como a automedicação, como estratégias para resolução de seus problemas de saúde, os servidores dessa pesquisa seguem a lógica de um dos modelos de atenção à saúde predominante no Brasil: o modelo médico hegemônico.

Apesar de o modelo médico hegemônico apresentar suas limitações, ele pode viabilizar uma assistência de qualidade em determinadas situações. Em virtude de a maioria dos servidores públicos pesquisados possuírem planos privados de saúde, eles apresentam considerável garantia de assistência às suas demandas espontâneas, constituindo-se também em um importante fator de proteção à saúde.

### 6.3 RELAÇÃO ENTRE AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE, REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE PRÁTICAS DE SAÚDE E A ADOÇÃO DE PRÁTICAS DE SAÚDE DOS PARTICIPANTES

Identificou-se que, para o conjunto de servidores públicos pesquisados, a saúde foi expressa com enfoque em aspectos amplamente divulgados no universo científico e na mídia. Os resultados evidenciaram uma representação hegemônica, coesa e fortemente partilhada. Sua incorporação no universo consensual revelou-se em 5 dimensões: a dimensão de saúde enquanto condição fundamental para viver com qualidade; a dimensão de bem-estar, contemplando os aspectos físico, social e psicológico; a de bem-estar físico e mental aliado à ausência de doença; a de equilíbrio, estado de harmonia entre o corpo e mente; e, evocada principalmente pelas participantes, a dimensão relacionada ao sentimento/estado de paz, disposição e energia.

Após a identificação do núcleo central dos objetos “saúde” e “práticas de saúde”, pôde-se considerar que esse último não configura uma RS diferente da RS de saúde, visto que apresentaram elementos organizadores iguais. A expressão “práticas de saúde” somente fez com que os participantes evocassem elementos de natureza mais funcional, em detrimento dos elementos de natureza mais subjetiva. Mesmo assim, os elementos evocados em relação às “práticas de saúde” corroboram os resultados encontrados acerca do objeto “saúde”, cuja concepção compartilhada está ligada ao cuidado do corpo (físico) e da mente (subjetivo).

Como o cotidiano das pessoas é permeado, na maior parte das vezes, por práticas realizadas de forma impensada, as práticas relacionadas à saúde não deixam de fazer parte dessa lógica implícita da vida diária: rotineira e irrefletida (Grisotti, 2004). Apesar do conhecimento dos participantes acerca de saúde e das práticas que devem ser adotadas para uma vida saudável, verificou-se que fatores socioeconômicos, condições de trabalho, a categorial profissional de pertença e variáveis constitucionais (sexo e idade) parecem ter desempenhado maior valor preditivo à adoção de práticas saudáveis pelos servidores públicos pesquisados.

Como a RS sobre saúde foi demasiado homogênea, revelando o caráter hegemônico dos pensamentos e normas compartilhados sobre esse fenômeno, seu valor preditivo tornou-se fragilizado pela falta de variabilidade. Por outro lado, deve-se considerar também que esse caráter homogêneo pode ser decorrência da influência de pressões

normativas (Wachelke, 2012). As pessoas tendem a reproduzir um discurso “oficial” – aquele dos médicos e serviços de saúde – quando perguntadas sobre saúde e doença (Grisotti, 2004). Também, quando os participantes de pesquisas completam questionários, podem responder de um modo que seja desejável socialmente, para dar uma boa imagem de si para o pesquisador ou em comparação aos outros membros do grupo (Wachelke, 2012).

Diante desse cenário de contínua pesquisa para validação de um modelo preditivo para as práticas de saúde, a partir de representações sociais, identifica-se a importância em investir em estudos sistemáticos nessa área, agregando, na construção do modelo teórico, além do conhecimento socialmente partilhado acerca desse objeto, as RS adotadas acerca desse objeto, o contexto normativo envolvido, a percepção de controle sobre o objeto, e, por fim, variáveis de contexto pessoal e macrossocial, conforme já pesquisam Camargo e Bousfield (2014) e Justo (2016). Compreende-se também que devem ser empreendidos estudos específicos para cada prática de saúde em exame.

Considera-se que esta pesquisa avançou ao incorporar o referencial teórico da TRS à investigação da adesão a práticas saudáveis, especificamente no que concerne à distinção entre RS de saúde e RS de práticas de saúde. Segundo Herzlich (2004), a tendência de pesquisas na área é a de não integrar a essas investigações em saúde o conhecimento de senso comum. De acordo com a autora, um estudo assim sistemático, que inclui a experiência de saúde sob o ponto de vista dos atores sociais pesquisados, é importante em si mesmo, além da importância da compreensão de uma doença específica.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perguntaram a um sábio o que mais o surpreende na Humanidade. Ele respondeu: os homens, porque perdem a saúde para juntar dinheiro, depois perdem dinheiro para recuperar a saúde. Por pensarem ansiosamente no futuro, esquecem do presente de tal forma que acabam por não viverem nem o presente nem o futuro. Vivem como se nunca fossem morrer e morrem como se nunca tivessem vivido. (Autor desconhecido)

Fonte: Foguel (2015)

O objetivo da pesquisa foi investigar a relação entre as representações sociais sobre saúde, representações sociais sobre práticas de saúde e a adoção de práticas de saúde de servidores públicos de uma Instituição de Ensino Superior (IES). Para isso, foram descritas as representações sociais de saúde e de práticas de saúde, como também foram caracterizadas as práticas de saúde desses participantes, para então averiguar as relações possíveis entre as representações e as práticas de saúde adotadas. Este estudo apresentou também limitações, que serão apresentadas visando incentivar o desenvolvimento de pesquisas que preencham essas lacunas e ampliem as perspectivas do fenômeno estudado.

A partir da perspectiva da Teoria das Representações Sociais, de Serge Moscovici (1976/2012), e a concepção ampliada de saúde, considerando os determinantes sociais de sua produção (Brasil, 2013b), procedeu-se à revisão da literatura em bases de dados científicos. Com a finalidade de caracterizar as práticas de saúde dos participantes, elegeram-se os fatores de proteção-risco à saúde evitáveis, os quais marcam a maioria das doenças não transmissíveis – principais causas de morte no mundo em 2011(WHO, 2013a). Também se investigou a categoria trabalho, enquanto determinante social das práticas de saúde adotadas, na tentativa de ampliar a compreensão sobre o fenômeno da saúde – diretriz das políticas brasileiras nessa área (Brasil, 1988; Brasil, 1990a; Brasil, 2008b; Brasil, 2012b; Brasil, 2013b).

Além da descrição do conhecimento socialmente compartilhado pelos servidores públicos acerca dos objetos sociais “saúde” e “práticas de saúde” e a caracterização das práticas de saúde adotadas, também se investigou a autoavaliação de saúde dos participantes, as quais estão associadas à exposição a doenças (diagnosticadas ou não), a agravos à saúde e ao impacto que geram no bem-estar físico, mental e social dos

indivíduos (Brasil, 2015a). Portanto, tentou-se aprofundar a caracterização da amostra no que concerne à situação de saúde, a fim de enriquecer a discussão dos resultados e investigar possíveis relações entre os objetos pesquisados.

Na revisão de literatura, encontraram-se diferentes concepções de saúde e doença ao longo da história da humanidade. Em um primeiro momento, a saúde foi representada e atribuída a influências de entidades sobrenaturais. Após, foi relacionada às crenças religiosas e era fruto do humor divino. O avanço para uma concepção natural foi estabelecida por Hipócrates, por meio de sua perspectiva humoral. Associada a essa ideia, as noções de higiene e cuidados com alimentos e o ar esteve presente, traduzida na perspectiva da infecção e impureza, as quais ameaçavam o corpo por meio de miasmas: alimentos, águas e ares putrefatos e excrementos humanos depositados na terra. Em seguida, a saúde esteve relacionada à concepção microbiológica e, mais tarde, à concepção multidimensional.

A estrutura da RS de saúde compartilhada entre os servidores públicos desta IES demonstra similaridade com a estrutura observada em outras pesquisas que utilizaram a abordagem estrutural da TRS. As categorias “bem-estar”, “atividade física” e “alimentação” foram as mais evocadas e mais prontamente evocadas nesses estudos, sendo prováveis constituintes do núcleo central da representação. Conferem sentido a essas categorias as pertencentes ao sistema periférico – saúde foi relacionada à qualidade de vida, equilíbrio, alegria, tranquilidade, paz, energia, longevidade, cuidados e à figura do médico. Apesar da peculiaridade dos atores sociais de cada uma das pesquisas analisadas, observou-se, em relação ao sistema periférico, pouca variabilidade de categorias evocadas. Apenas houve diferenças quanto à frequência e prontidão de evocação das categorias.

Por um lado, a RS sobre saúde revelou o caráter hegemônico dos pensamentos e normas compartilhados sobre essa temática, reproduzidos amplamente pela mídia, profissionais/serviços de saúde e o universo científico. Por outro lado, revelou um fenômeno com alta desejabilidade social e, por conseguinte, um possível efeito na desejabilidade da resposta. Mesmo diante desse caso, é fundamental identificar o grupo que veicula uma RS, situar seu conteúdo simbólico no espaço e tempo e relacioná-lo funcionalmente a um contexto intergrupal característico, visto que podem existir diferentes representações do mesmo objeto, de modo que as diferenças associam-se diretamente com as atividades do grupo e com sua segmentação cultural (Moscovici, 1976/2012).



Portanto, mesmo sendo um fenômeno social, uma RS tem abrangência limitada, sendo ligada a contextos sociais específicos.

Para esse grupo de servidores pesquisados, a saúde foi expressa enfocando 5 dimensões (em ordem de compartilhamento): 1- a dimensão de saúde manifesta pelo sentimento/estado, de paz, disposição e energia (dimensão evocada principalmente pelas participantes); 2- a dimensão de equilíbrio, estado de harmonia entre o corpo e a mente; 3- a dimensão de bem-estar físico e mental aliado à ausência de doença; 4- a dimensão de bem-estar contemplando os aspectos físico, social e psicológico; e 5- a dimensão de condição fundamental para viver com qualidade.

Ao utilizar a expressão “práticas de saúde”, como termo indutor, foram evocadas as mesmas categorias organizadoras – “atividade física” e “alimentação” – de quando se utilizou o termo “saúde”. Portanto, verificou-se tratar de uma mesma RS, com a diferença de que a expressão “práticas de saúde” evocou majoritariamente elementos mais concretos, com finalidade pragmática, enquanto o termo “saúde” evocou elementos mais normativos, carregados de carga ideológica e socioafetiva. Assim, pôde-se compreender que o tema da saúde, de forma ampla, apresenta mais pontos de consenso do que polêmica.

Foram características desse conjunto de 132 servidores pesquisados, o grau de escolaridade superior completo e a cobertura de plano de saúde suplementar. Em relação a morbidades referidas, esse grupo possui menor prevalência dos diagnósticos de diabetes, hipertensão arterial e colesterol elevado em relação à população beneficiária de planos de saúde e com mais de 12 anos de escolaridade, no ano de 2014, no conjunto da população adulta das 26 capitais do Brasil e do Distrito Federal.

Dentre os 132 participantes, 100 consideraram que a sua condição de saúde possui alguma relação com o trabalho, expressa em termos de prejuízo à saúde. Foram referidos os efeitos negativos na saúde decorrentes do trabalho, como estresse, dores no corpo, cansaço, insônia, ansiedade, alterações no humor, entre outros. Também foram mencionadas a falta de tempo para a prática de atividade física e a alimentação inadequada como prejuízos à saúde advindos do trabalho. As condições de trabalho que produzem esses efeitos foram relacionadas ao horário, ambiente e natureza do trabalho. Destacaram-se problemas de excesso de carga horária de trabalho, excesso de tempo despendido no trânsito para deslocamento trabalho-residência, local de trabalho sem ergonomia, sedentarismo, uso prolongado do computador, movimentos repetitivos de digitação, entre outros. Por fim, evidenciaram-se

dificuldades interpessoais no ambiente de trabalho, local onde ocorrem atritos e divergências, interferindo negativamente na saúde.

Verificou-se que as autoavaliações de saúde em geral, saúde física, saúde mental e qualidade de vida entre os servidores foram positivas. No entanto, a categoria dos TAE autoavaliaram mais negativamente a saúde física, a saúde mental e a qualidade de vida em relação aos docentes, sendo essas diferenças significativas ( $p < 0,01$ ).

Com relação à alimentação, predomina entre os servidores o consumo diário de hortaliças em relação ao de frutas. E, quando ocorre o consumo, predomina a ingestão de “3 ou mais porções de hortaliças” em comparação a “1 ou 2 porções de frutas”. Menos da metade dos participantes faz o consumo regular de frutas e hortaliças. Identificou-se que, dentre os 66 docentes, a maioria faz o consumo regular desses alimentos, enquanto que, entre os 66 TAE, a minoria o faz, sendo essa diferença significativa ( $p < 0,005$ ). Observou-se que o consumo recomendado de frutas e hortaliças entre os servidores é consideravelmente menor e não reflete o padrão de consumo da cidade sede da Instituição. Portanto, mostra-se importante investir na promoção dessa prática de saúde, investigando os determinantes para sua não ocorrência.

Constatou-se que as autoavaliações de saúde mental, saúde física e de qualidade de vida foram mais positivas entre os que consomem regularmente frutas e hortaliças do que entre os que não consomem regularmente, sendo essa diferença significativa ( $p < 0,05$ ). Observou-se relação entre o consumo regular e a renda familiar: entre os servidores que referiram possuir renda familiar superior a R\$7.000,00, a frequência do consumo regular desses alimentos é maior do que entre aqueles cuja renda familiar encontra-se abaixo desse valor, cuja prevalência é o consumo irregular ( $p < 0,05$ ). Identificou-se também que é mais prevalente entre os docentes a renda familiar superior a R\$7.000,00, enquanto que é mais prevalente entre os TAE a renda familiar inferior a R\$7.000,00 ( $p < 0,001$ ).

Com relação ao índice de massa corporal, a maioria dos homens está com a condição de excesso de peso e obesidade, enquanto que a maioria das mulheres encontra-se com o IMC normal ou com baixo peso ( $p < 0,001$ ). Entre os servidores com excesso de peso e obesidade, foi mais prevalente o consumo irregular de frutas e hortaliças, do que entre os servidores que estão com baixo peso e peso normal, para os quais predomina o consumo regular desses alimentos ( $p < 0,05$ ).

Nessa amostra, informaram praticar exercício físico/esporte 71,21% dos participantes. Verificou-se que é maior a prática de

atividade física entre os docentes do que entre os TAE, sendo essa diferença significativa ( $p < 0,002$ ). Apenas 43,94% da amostra atingem o nível recomendado de atividade física no tempo livre. Constatou-se que entre os que fazem o consumo recomendado de frutas e hortaliças, a maioria pratica o nível recomendado de atividade física, enquanto que entre os que não ingerem regularmente esses alimentos, a maioria não pratica nenhuma atividade física ( $p < 0,05$ ). Identificou-se também que as autoavaliações de saúde mental, saúde física e qualidade de vida foram mais positivas conforme o aumento da realização de atividade física ( $p < 0,05$ ).

Observou-se que a prática do nível recomendado de atividade física entre os servidores é superior à frequência entre a população brasileira, beneficiária e não beneficiária de planos de saúde. Excede a prevalência da capital Florianópolis-SC, que apresenta a maior frequência entre as demais capitais brasileiras e o Distrito Federal.

Verificou-se que a frequência de fumantes entre os servidores é maior entre os homens do que entre as mulheres e é muito próxima à da capital Florianópolis, que está entre as três mais altas do Brasil (Brasil, 2015b). A frequência de fumantes de Florianópolis e dessa amostra é bastante divergente da frequência de fumantes, beneficiários de planos de saúde, com 12 ou mais anos de escolaridade (característica prevalente entre os servidores da amostra).

Com relação à prática do uso nocivo do álcool, observou-se que entre o sexo masculino é mais prevalente o consumo de álcool de forma abusiva do que entre o sexo feminino ( $p < 0,05$ ). E, entre as categorias profissionais, o uso abusivo de álcool foi mais prevalente entre os TAE do que entre os docentes ( $p < 0,05$ ). Quando comparada ao maior consumo encontrado em população semelhante, a frequência do consumo abusivo de álcool entre os servidores encontra-se consideravelmente elevada. Excede a prevalência de Florianópolis-SC, capital cujo consumo é o maior entre as demais. Constatou-se que o consumo abusivo de álcool não segue a tendência das demais práticas de saúde entre as pessoas com maior escolaridade (12 anos ou mais) – cujas frequências de práticas saudáveis são mais elevadas quando possuem um caráter de proteção à saúde e inferiores quando o caráter é de risco à saúde.

Evidenciou-se que, apesar de sustentada no universo científico, outros fatores, além da informação, parecem ter desempenhado maior valor preditivo à adoção de práticas saudáveis pelos servidores públicos pesquisados, como os fatores socioeconômicos, as condições de

trabalho, a categorial profissional de pertença e as variáveis constitucionais (sexo e idade).

Com relação às limitações desta pesquisa, em função do tempo de seu desenvolvimento e a ausência de dedicação exclusiva, não foi realizada uma amostragem aleatória simples do corpo funcional, que confere um nível de certeza de que as respostas refletem a opinião da população estudada e de que a amostra retrata com precisão essa população. Considerando que o corpo funcional (população) dessa Instituição, no ano 2015, foi de 5.615 servidores, a amostra necessária para realizar essa pesquisa seria de 360 participantes (com erro amostral estabelecido em 5% e o nível de confiança em 95%) (Santos, s/a).

Para proceder à coleta de dados de uma amostra do tamanho desta pesquisa, bem como a de uma amostra aleatória simples, se tivesse sido empregada, é imprescindível utilizar um meio online de participação ou empregar mais pessoas na atividade de coleta presencial, visto que o procedimento despendeu um período longo, necessitando a prorrogação da pesquisa. Os resultados também podem ter sofrido interferência em virtude desse processo, como é o caso do consumo de bebidas alcoólicas, que aumentam na época de festas de final de ano. Nessa amostra, houve participantes que responderam o questionário tanto antes quanto depois dessas datas.

Na construção do instrumento de coleta de dados, utilizaram-se parâmetros iguais aos empregados no instrumento das pesquisas do VIGITEL, visando facilitar a comparação de resultados. No entanto, alguns parâmetros não se mostraram tão precisos ao obter respostas às práticas de consumo de frutas/hortaliças e de atividade física, que foram definidas em intervalos. Ou seja, o VIGITEL utiliza a média do intervalo para aferir a frequência dessas duas práticas. Com a finalidade de aumentar a precisão, recomenda-se obter a resposta a essas práticas na forma de frequências brutas.

Para facilitar a análise dos resultados sobre a autoavaliação de saúde em geral, qualidade de vida, saúde física e saúde mental a tabulação dos dados deveria ter sido realizada de forma inversa (1=Muito ruim; 2=Ruim; 3=Regular; 4=Boa; 5=Muito Boa). Desse modo, quanto maior o escore da pessoa, mais positiva é a autoavaliação acerca de cada uma dessas esferas. Com relação à variável autoavaliação de “saúde em geral”, como ela não apresentou distribuição normal, seria importante ir a campo novamente, pois aparenta ser um erro relativo à amostra.

Outra limitação importante a ser destacada é a mudança da contabilização de um indicador em pesquisas de um mesmo órgão,

dificultando a comparação. Em 2013 e 2014, a prática de atividade física no tempo livre foi contabilizada em termos de “frequência de adultos que praticam atividades físicas no tempo livre, equivalentes a pelo menos 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana” (Brasil, 2014; Brasil, 2015a; Brasil, 2015b). Nesta pesquisa, contabilizaram-se também aqueles indivíduos que praticam, pelo menos, 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa, indicador anteriormente também utilizado na pesquisa do VIGITEL (Brasil, 2013a).

Outra limitação deste estudo foi a utilização apenas da abordagem estrutural. Agregando mais abordagens da TRS, a análise ficaria mais robusta. Uma limitação própria da abordagem estrutural é o critério de consenso numérico para identificar representações sociais, o qual Wagner (1994) já havia criticado, sustentando que é o consenso funcional que deve ser buscado. Essa consideração fornece uma visão alternativa ao que é normalmente feito na pesquisa estrutural, que até então não foi incorporada aos estudos da abordagem estrutural. Ela poderia ajudar a garantir maior precisão e sofisticação a modelos de RS e mereceria um esforço de integração, de modo a delinear melhor o que se entende por consenso: uma coordenada essencial para o fenômeno de interesse (Wachelke, 2012).

Por fim, a despeito de os servidores públicos estarem submetidos ao mesmo regime jurídico, a multiplicidade de atividades e identidades vinculadas a eles exigem considerar as singularidades das diversas carreiras, instituições e organizações locais na compreensão do processo saúde-doença e sua relação com o trabalho (Paula, 2006). Portanto, não se aconselha a generalização dos dados. Observou-se que o uso do corpo no trabalho está associado a uma série de fenômenos de saúde, para os quais ainda se tem pouca visibilidade e ínfimas vias de transformação. Grande parte dos problemas de saúde ligados ao trabalho não são específicos e, quando não são claramente associadas a fatores de risco, as queixas geradas são pouco valorizadas (Assunção, 2003).

Observa-se que, nas últimas décadas, tornou-se cada vez mais importante cuidar da vida de modo a reduzir a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que ele seja produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e populações. Segundo a perspectiva ampliada de saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária. Ao contrário, os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer necessidades

(desejos, interesses) pertencem à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção se dá no contexto da própria vida (Brasil, 2010a).

Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, de modo que a organização da atenção e do cuidado à saúde incidam sobre as condições de vida e favoreçam a ampliação de escolhas saudáveis, por parte dos indivíduos e das coletividades, no território onde vivem e trabalham.

## 8. REFERÊNCIAS

- Abric, J. C. (1994). Pratiques sociales, représentations sociales. In J. C. Abric (Ed.), *Pratiques sociales et représentations* (pp. 217-238). Paris: PUF.
- Abric, J. C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. Em: A. S. P. Moreira & D. C. de Oliveira (Orgs.), *Estudos interdisciplinares de representação social*. (pp.27-38). Goiânia: AB.
- Abric, J. C. (2003). Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. Em: P. H. F. Campos & M. C. S. Loureiro (Orgs.), *Representações sociais e práticas educativas*. (pp.37-57). Goiânia: Ed. da UCG.
- Abric, J. C. (2005). A zona muda das representações sociais. Em: D. C. Oliveira & P. H. F. Campos (Orgs.), *Representações Sociais – Uma teoria sem fronteiras* (pp.23-34). Rio de Janeiro: Museu da República.
- Albuquerque, E. M. de. (2009). *Avaliação da Técnica de Amostragem “Respondent-Driven Sampling” na Estimacão de Prevalências de Doenças Transmissíveis em Populações Organizadas em Redes Complexas*. Dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Almeida, A. M. de O., & Santos, M. de F. de S. (2011). A Teoria das Representações Sociais. Em: C. V. Torres & E. R. Neiva (Cols.), *Psicologia Social: principais Temas e Vertentes* (pp. 287-295). Porto Alegre: Artmed.
- Álvaro, J. L.; & Garrido, A. (2006). *Psicologia Social – perspectivas psicológicas e sociológicas*. São Paulo, McGraw-Hill.
- Anger, W. K., Elliot, D. L., Bodner, T., Olson, R., Rohlman, D. S., Truxillo, D. M., Kuehl, K. S., Hammer, L. B., & Montgomery, D. (2015). Effectiveness of Total Worker Health interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 20(2), pp. 226-247.

- Åsbring, P. (2012). Words about body and soul: Social representations relating to health and illness, *Journal of Health Psychology*, 17(8), pp. 1110–1120.
- Assunção, A. A. (2003). Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(4), 1005-1018.
- Bardin, L. (2010). Método. Em: L. Bardin, *Análise de conteúdo*. Ed. rev. e actual. (pp. 121-170). Lisboa: Edições 70.
- Barreto, S. M., Pinheiro, A. R. de O., Sichieri, R., Monteiro, C. A., Filho, M. B., Schimid, M. I., Lotufo, P., Assis, A. M., Guimarães, V., Recine, E. G. I. G., Victora, C. G., Coitinho, D., & Passos, V. M. de A. (2005). Relatório do Grupo Técnico Assessor do Ministério da Saúde para Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 14(1), 41-68.
- Bauer, M. (1994). A popularização da ciência como imunização cultural: A função das representações sociais. Em: S. Jovtchelovitch & P. Guareschi, *Textos em Representações Sociais* (pp. 229-257), Petrópolis: Vozes.
- Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of science*, 44, 542-573.
- Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
- Brasil. (1990a). *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. 1990. Recuperado em 25 agosto 2013, de <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>
- Brasil. (1990b). *Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Brasília. 1990. Recuperado em 24 novembro, 2013, de <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18112cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18112cons.htm)>



- Brasil. (1996). *Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília. 1996. Recuperado em 24 novembro, 2013, de <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm)>
- Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. (2004). *Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde*. Brasília: MS, pp. 22-23.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. (2005). *Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável*. Brasília: MS.
- Brasil. (2006). *Decreto nº 5.773, de 9 de maio de 2006*. Dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema federal de ensino. Brasília. 2006. Recuperado em 24 novembro, 2013, de <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5773.htm#a rt79](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5773.htm#a%rt79)>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2008a). *Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência*. Brasília: MS.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008b). *As causas das iniquidades em saúde no Brasil - Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)*. Brasília: MS
- Brasil. (2009). *Decreto n.º 6.833, de 29 de abril de 2009*. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal – SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. Recuperado em 23 maio 2014, de <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6833.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6833.htm)>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2010a). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. (3ª ed.). Brasília: MS

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor. (2010b). *Siass Subsistema Integrado de Atenção à saúde do Servidor*. Brasília: MPOG. 2.000 exemplares.

Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022*. Brasília: MS.

Brasil. (2012a). *Indicadores e dados básicos para a saúde – IDB 2012*. Disponível em: <  
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/apresent.htm>>. Acessado em: 15 jan 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. (2012b). *Portaria n.º 1.823, de 23 de agosto de 2012*. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: <  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html)> Acesso em 23 maio 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos nãoTransmissíveis e Promoção de Saúde (2013a). *Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS.

Brasil. Ministério da Saúde. (2013b). *Glossário Temático Promoção da Saúde* (1ª ed., 2ª reimpr.). Brasília: MS.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde (2014). *Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS. Disponível em: <  
<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/30/Lancamento-Vigitel-28-04-ok.pdf>>. Acesso em 1 jun 2014.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. (2015a). *Vigitel Brasil 2014 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. (2015b). *Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2016. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua*. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho\_e\_Rendimento/Pesquisa\_Nacional\_por\_Amostra\_de\_Domicilios\_continua/Renda\_domiciliar\_per\_capita/Renda\_domiciliar\_per\_capita\_2015.pdf>. Acesso em 9 março 2016.
- Brito, A. M. M., & Camargo, B. V. (2011). Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. *Temas em Psicologia*, 19(1), 283-303.
- Buss, P. M. (2012). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: D. Czeresnia & C. M. Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (2ª ed., 2ª reimp., pp. 15-38). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Buss, P. M., & Filho, A. P. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1), 77-93.
- Caetano, V. C., Cruz, D. T., Silva, G. A., Leite, I. C. G., & Carvalho, S. M. (2012). Processo de saúde-doença: um estudo das RS de trabalhadores com DORT. *Physis Revista de saúde coletiva*, 22(3), (pp.) 1047-1062.
- Camargo, B. V. (2005). ALCESTE: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: A. S. P. Moreira, B. V. Camargo, J. C. Jesuíno & S. M. Nóbrega (Orgs.), *Perspectivas*

*teórico-metodológicas em representações sociais.* (pp. 511- 539). João Pessoa: UFPB.

- Camargo, B. V., & Bousfield, A. B. S. (2011). Teoria das Representações Sociais: uma concepção contextualizada de comunicação. In: A. M. de O. Almeida, M. de F. de S., & Z. A. Trindade (Orgs.), *Teoria das representações sociais: 50 anos.* Brasília: Technopolitik. pp. 433-454.
- Camargo, B. V. & Bousfield, A. B. S. (2014). Em direção a um modelo explicativo da relação entre representações sociais e práticas relativas à saúde: a ideia de adesão representacional. Em: E. M. Q. O. Chamon, P. A. Guareschi & P. H. F. Campos. *Textos e debates em representação social* (pp. 261-285). Porto Alegre: ABRAPSO.
- Camargo, B. V., Campos, P. H. F., Torres, T. de L., Stuhler, G. D., & Matão, M. E. L. (2010). Representações sociais de saúde e cuidado: um estudo multicêntrico sobre vulnerabilidade masculina. *Temas em Psicologia*, 19(1), pp. 179-192.
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), pp. 513-518.
- Camargo, B. V., Wachelke, J. F. R., & Aguiar, A. (2007). Um panorama do desenvolvimento metodológico das pesquisas sobre representações sociais através de grupos de trabalho das jornadas internacionais. In: Antonia Silva Paredes Moreira; Brigido Vizeu Camargo. (Org.). *Contribuições para a teoria e o método de estudo das representações sociais.* 1ª ed. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 181-202.
- Campos, P. H. F. (2003). A abordagem estrutural e o estudo das relações entre práticas e representações sociais. In P. H. F. Campos & M. C. da S. Loureiro. (Orgs.), *Representações sociais e práticas educativas.* (pp. 22-36). Goiânia: UCG
- Campos, P. H. F., & Rouquette, M.-L. (2003). Abordagem Estrutural e Componente Afetivo das Representações Sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 435-445.

- Caruso, C. C. (2014). Negative Impacts of Shiftwork and Long Work Hours. *Rehabilitation Nursing*, 39, pp. 16–25.
- Castiel, L. D.; Guillan, M. C. R.; Ferreira, M. S. (2010). *Correndo riscos: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Clébicar, T., & Lerner, K. (2015). Interatividade nas *fanpages* do *facebook* de jornais cariocas: o caso das notícias de saúde. *Cadernos do Tempo Presente*, n. 19, p. 67-80. Disponível em < <http://www.seer.ufs.br/index.php/tempo/article/viewFile/3900/3264>
- Codol, J.-P. (1969). Note terminologique sur l'emploi de quelques expressions concernant lesactivités et processus cognitifs en psychologie sociale. *Bulletin de Psychologie*, 23(280),63-71.
- Cohn, A., Brandon, T., Armeli, S., Ehlke, S., & Bowers, M. (2015). Real-time patterns of smoking and alcohol use: an observational study protocol of risky-drinking smokers. *BMJ Open*, 5(1), e007046. doi:10.1136/bmjopen-2014-007046
- Coutinho, M. P. L.; Araújo, L.; & Gontiès, B. (2004). Uso da maconha e suas representações sociais: estudo comparativo entre universitários. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 9(3), p. 469-477.
- Czeresnia, D. (2012). O conceito de Saúde e a diferença entre Prevenção e Promoção. In: D. Czeresnia & C. M. Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (2ª ed., 2ª reimp.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Dahlgren, G. (1991). *Policies and strategies to promote equity in health by Göran Dahlgren and Margaret Whitehead* . Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Danaei, G., Finucane, M. M., Lu, Y., Singh, G. M., Cowan, M. J., Paciorek, C. J., Lin, J. K., Farzadfar, F., Khang, Y. H., Stevens, G. A., Rao, M., Ali, M. K., Riley, L. M., Robinson, C. A., & Ezzati, M., on behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Blood Glucose). (2011). National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: Systematic

analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. *The Lancet*, 378, 31-40.

Dany, L., & Abric, J.-C. (2007). Distance à l'objet et représentations du cannabis. *Revue internationale de psychologie sociale*, 20 (3), 77-104.

Dissing, A. S., Gil, A., Keenan, K., McCambridge, J., McKee, M., Oralov, A., Saburova, L., & Leon, D. A. (2013). Alcohol consumption and self-reported (SF12) physical and mental health among working-aged men in a typical Russian city: a cross-sectional study. *Addiction*, 108(11): 1905-1914.

Doise, W. (2001). Atitudes e representações sociais (Trad. L. Ulup). Em: D. Jodelet (Org.), *As representações sociais* (pp.187-203). Rio de Janeiro: Eduerj.

Edlin, G., & Golanty, E. (1988). *Health & wellness* (3ª ed.). Boston: Jones and Bartlett.

Evas, R. G., & Stoddart, G. L. (1990). Producing health, consuming health care. *Soc. Sci. Med.*, 31(12), 1347-1363.

Faerstein, E., Chor, D., Lopes, C. de S., & Werneck, G. L. (2005). Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. *Rev Bras Epidemiol*, 8(4), pp. 454-66.

Farzadfar, F., Finucane, M. M., Danaei, G., Pelizzari, P. M., Cowan, M. J., Paciorek, C. J., Singh, G. M., Lin, J. K., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Ezzati, M., on behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Cholesterol). (2011). National, regional, and global trends in serum total cholesterol since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 321 country-years and 3.0 million participants. *The Lancet*, 377, 578-586.

Ferreira, A. B. de H. (1999). *Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa* (4. impr.) Rio de Janeiro (RJ): Nova Fronteira.

- Fischer, G-N. (1996). *Os conceitos fundamentais da psicologia social*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Flament, C. (1989). Structure et dynamique des représentations sociales. In D. Jodelet (Ed.), *Lesreprésentations sociales* (pp. 204-219). Paris: PUF.
- Flament, C. (1994). Structure, dynamique et transformation des representations sociales. In J. C.Abric (Ed.), *Pratiques sociales et representations* (pp. 37-58). Paris: PUF.
- Flament, C. (2001). Estrutura e dinâmica das representações sociais. Em: D. Jodelet (Org.), *As representações sociais*. (pp. 173-186). Rio de Janeiro: UERJ.
- Flament, C., & Rouquette, M. L. (2003). *Anatomie des idées ordinaire: comment étudier les représentations sociales*. Paris: Armand Colin.
- Foguel, I. (2015). *Histórias de sabedoria*. São Paulo: Clube de Autores.
- Galli, I. (2006). *La Teoria delle rappresentazioni sociali*. Bologna: il Mulino.
- Ghiglione, R.; & Matalon, B. (1993). *O inquérito: Teoria e prática*. Oeiras: Celta.
- Goodman, L. A. (1961). Snowball Sampling. *The Annals of Mathematical Statistics*, 32(1), pp. 148-170.
- Grisotti, M. (2004). Representações sociais em saúde: Soma de percepções individuais ou propriedades emergentes? *Cadernos CERU*, Série 2, n.15, p.233-247.
- Groop, L., & Pociot, F. (2014). Genetics of diabetes – Are we missing the genes or the disease? *Molecular and Cellular Endocrinology*, 378, 726-739.
- Guimelli, C. (1989). Pratiques nouvelles et transformation sans rupture d'une représentationsociale. la représentation de la chasse et de la nature. In. J.L. Beauvois, R.V. Joule & J.M.Monteil (Eds.).

*Perspectives cognitives et conduites sociales. V. 2.*(pp. 117-138).Cousset. Del Val.

- Guimelli, C. (2003). Transformações das Representações Sociais, novas práticas e esquemas cognitivos de base. Em: P. H. F. Campos & M. C. S. Loureiro (Orgs.). *Representações sociais e práticas educativas*. (pp.59-80). Goiânia: Ed. da UCG.
- Herzlich, C. (2004). Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 14(2), 383-394.
- Jodelet, D. (1984). The representation of the body and its transformations. In: R. Farr & S. Moscovici (Orgs.), *Social representations* (pp. 211-238). Cambridge: Cambridge University Press.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. In S. Moscovici (Org.), *Pensamiento y vida social*. Barcelona/Buenos Aires/México: Paidós. 747 p., p. 469-494.
- Jodelet, D. (1989). *Folies et représentations sociales*. Paris: PUF
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: Um domínio em expansão (L. Ulup, Trad.). In: D. Jodelet (Org.), *As representações sociais* (pp.17-44). Rio de Janeiro: Eduerj.
- Justo, A. M. (2016). *Corpo e representações sociais: sobrepeso, obesidade e práticas de controle de peso*. Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Kahler, C. W.; Spillane, N. S.; & Metrik, J. (2010). Alcohol use and initial smoking lapses among heavy drinkers in smoking cessation treatment. *Nicotine & Tobacco Research*, 12 (7), pp. 781-785.
- Kerlinger, F.N. (1980). *Metodologia da pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: EPU/EDUSP.
- Lemire, M. (2010). L'appropriation de l'information de santé dans un contexte de transformation des modalités de diffusion et d'accès:



- une étude des usages grand public de l'Internet. Em: Romeyer H. *La santé dans l'espace public*. Rennes Cedex: Presses de l'ehesp,
- Lerner, K. (2013). Doença, mídia e subjetividade: algumas aproximações teóricas. *XXXVI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação*, Manaus. Disponível em: <http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2013/resumos/R8-0555-1.pdf>
- Lheureux, F.; Lo Monaco, G., & Guimelli, C. (2011). Entre représentations sociales et intentions de pratiques: l'implication. *Interamerican Journal of Psychology*, 45(1), 61-76.
- Luckhaupt, S. E., & Calvert, G. M. (2014). Prevalence of Coronary Heart Disease or Stroke Among Workers Aged < 55 years. *Morbidity and Mortality Weekly Report/Center for disease control and prevention*, 6(30), pp. 645-657.
- Luckhaupt, S. E., Cohen, M. A., Li, J., & Calvert, G. M. (2014). Prevalence of Obesity Among U.S. Workers and Associations with Occupational Factors. *Am J Prev Med*, 46(3), pp. 237-248.
- Maeno, M., & Carmo, J. C. (2005). *Saúde do trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro*. São Paulo: Hucitec.
- Medicinanet. (2013). *Valores laboratoriais normais*. Disponível em: <[http://www.medicinanet.com.br/conteudos/acp-medicine/4509/valores\\_laboratoriais\\_normais.htm](http://www.medicinanet.com.br/conteudos/acp-medicine/4509/valores_laboratoriais_normais.htm)>. Acessado em: 22 jan 2014.
- Mendes, R., & Dias, E. C. (1991). Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev. Saúde públ.*, 25(5), 341-349.
- Minayo, M. C. de S., Hartz, Z. M. de A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
- Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). (2015). Oficina debate seguridade social do servidor. Notícia publicada em 16/04/2015 disponível em:

<file:///C:/Users/Adriana/Dropbox/Refer%EAncias/Refer%EAncias%20para%20discuss%E3o%20resultados/Perfil%20do%20Servidor.html>. Acesso em 31 jan 2016.

- Moliner, P. (1994). Les méthodes de repérage et d'identification du noyau des représentations sociales. Em: C. Guimelli (Org.), *Structures et transformations des représentations sociales* (pp. 199-232). Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.
- Moscovici, S. (1976/2012). *A Psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis: Vozes (p. 39-75; p. 269-441)
- Moscovici, S. (1981). On social representation. Em: J. P. Forgas (Org.), *Social Cognition*. London: Academic Press.
- Murray, M., Pullman, D., & Rodgers, T.H. (2003). Social Representations of Health and Illness among 'Babyboomers' in Eastern Canada, *Journal of Health Psychology*, 8(5), pp. 485-500.
- Nascimento-Schulze, C. M., & Camargo, B. V. (2000). Psicologia social, representações sociais e métodos. *Temas em Psicologia da SBP*, 8(3), 287-299.
- National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). (2012). *Research Compendium: The NIOSH Total Worker Health TM Program: Seminal Research Papers 2012*. Washington: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health, DHHS (NIOSH), Publication no. 2012-146, pp. 1-214.
- Nóbrega, S. M. (2003). Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: A. S. P. Moreira & J. C. Jesuino (Orgs.), *Representações sociais: teoria e prática*. João Pessoa: Ed.Universitária/UFBP.
- Oliveira, D. C. de. (2011). A teoria de Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: A. M. de O. Almeida, M. de F. de S. Santos, & Z. A. Trindade (Orgs.), *Teoria das representações sociais: 50 anos*. Brasília: Technopolitik. pp. 585-623.

- Oliveira, D. C., Marques, S. C., Gomes, A. M. T., & Teixeira, M. C. T. V. (2005) Análise Das Evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: A. S. P. Moreira, B. V. Camargo, J. C. Jesuino & S. M. Nóbrega (Orgs.). *Perspectivas Teórico-Metodológicas Em Representações Sociais*. (pp.573- 603). João Pessoa: Editora UFPB.
- ONS Office for National Statistics. (2013). *Chapter 2 – Drinking (General Lifestyle Survey Overview – a report on the 2011 General Lifestyle Survey)*. United Kingdom: NOS.
- Ordaz, O. & Vala, J. (1997). Objetivação e ancoragem das representações sociais do suicídio na imprensa escrita. *Análise Social*, 32, 143-144.
- Organização Pan-Americana da Saúde OPAS. (2012). *Saúde nas Américas: edição de 2012. Panorama regional e perfis de países*. Washington, DC: OPAS.
- Organización Panamericana de la Salud OPS. (2013). *Informe Regional sobre el desarrollo sostenible y la salud en las Américas*. Washington, DC: OPS.
- Pagotto, V., Bachion, M. M., & Silveira, E. A. da. (2013). Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica*, 33(4), 302-310.
- Paim, J. S. (2012). Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. Em L. Giovanella, S. Escorel, L. de V. C. Lobato, et al. (Orgs.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Palmonari, A. & Cerrato, J. (2011). Representações sociais e psicologia social. In: A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos, & Z. A. Trindade (Orgs.), *Teoria das Representações Sociais: 50 anos* (pp. 305-334). Brasília: Technopolitik.
- Pan American Health Organization/ World Health Organization PAHO/WHO. (2013). *Health Situation in the Americas: Basic Indicators 2013*. Washington, DC: PAHO/WHO.
- Pantoja, C. B. B. (2011). *Saúde e qualidade de vida no Serviço Público Federal: uma abordagem a partir do programa para servidores*

*implantado na UFPA*. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará.

Paula, C. R. de. (2006). *Condições de trabalho, atividade e referência agravos à saúde: um estudo em servidores públicos federais de Santa Catarina*. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina.

Pisinger, C., Toft, U., Aadahl, M., Glümer C., & Jørgensen T. The relationship between lifestyle and self-reported health in a general population The Inter99 study. *Preventive Medicine*. 49(5):418–423.

Ramminger, T., & Nardi, H. C. (2007). Saúde do Trabalhador: um (não) olhar sobre o servidor público. *Revista do Serviço Público*, 58(2), 213-226.

Ratinaud, P. (2009). *IRaMuTeQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*. [Computer software]. Recuperado em <<http://www.iramuteq.org>>.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde. (2008). *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. (2ª ed.). Brasília: OPAS.

Reinert, M. (1990). ALCESTE, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurélia de G. de Nerval. *Bulletin de méthodologie sociologique*. (28) 24-54.

Revah-Levy, A., Speranza, M., Barry, C., Hassler, C., Gasquet, I, Moro, M., & Falissard, B. (2011). Association between Body Mass Index and depression: the “fat and jolly” hypothesis for adolescents girls. *BMC Public Health*, 11(1):649.

Riise, T., Moen, B. E., & Nortvedt, M. W. (2003). Occupation, lifestyle factors and health related quality of life: the Hordaland Health Study. *J. Occup. Environ. Med.* 45 (3), 324–332.

Rocha, L. E., Rigotto, R. M., & Buscinelli, J. T. P. (1994). *Isto é trabalho de gente?: vida, doença e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes.

- Rouquette, M.-L. (1988). *La psychologie politique*. Paris: PUF.
- Rouquette, M. L. (1998). Representações e práticas sociais. In A. S. P. Moreira & D. C. de Oliveira. (Orgs.), *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 39-46). Goiânia: AB.
- Rouquette, M. L. (2005). As Representações Sociais no quadro geral do pensamento social. In A. S. P. Moreira, B. V. Camargo, J. C. Jesuino, & S. M. da Nóbrega (Orgs.), *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: Editora Universitária UFPB. 603 p., p. 189-200.
- Sá, C. P. de. (1996). *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes
- Sá, C. P. de. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Sá, C. de., Ferreti, F., & Kleba, M. E. (2013). Concepções contemporâneas sobre saúde. In C. de Sá, F. Ferreti & M. A. Busato (Orgs.), *Ensaio contemporâneos em saúde: uma perspectiva interdisciplinar* (pp. 33-45). Chapecó: Argos.
- Sá, C. P., & Arruda, A. (2000). O estudo das representações sociais no Brasil. *Revista de Ciências Humanas, Ed. Especial Temática, abril 2000*, pp. 11-31.
- Sampieri, R. H.; Collado, C. F. & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de pesquisa*. São Paulo: Mc-Graw Hill.
- Santos, G. E. de O. (s/a). *Cálculo amostral*: calculadora on-line. Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acesso em: 30 jan 2016.
- Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *Physis:Rev. Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41.
- Sevalho, G. (1993). A Historical Approach to Social Representations of Health and Disease. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9(3): 349-363.

- Silva, D. A. S., Peres, K. G., Boing, A. F., González-Chica, D. A., & Peres, M. A. (2013). Clustering of risk behaviors for chronic noncommunicable diseases: A population-based study in southern Brazil. *Preventive Medicine*, 56(1): 20–24.
- Soares Neto, J. F. P. (2006). Santé. Em: B. Andieu (Org.), *Le dictionnaire du corps em sciences humaines e sociales* (pp. 455-457). Paris: CNRS Editions.
- StataCorp. 2011. *Stata Statistical Software: Release 12*. College Station, TX: StataCorp LP.
- Stroebe, W. & Stroebe, W. (1995). *Psicologia Social e Saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.
- SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. (2015). *Detecção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas: módulo 3*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 8. ed., p. 30.
- Torres, M. de F. M., Carvalho, F. R., & Martins, M. D. (2011). Estudo comparativo da concepção de saúde e doença entre estudantes de odontologia e ciências sociais de uma universidade pública no Estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl.1), pp. 1409-1415.
- Torres López, T.M., Munguía Cortés, J.A., Pozos Radillo, B.E., & Aguilera Velasco, M.D.L.A. (2009). Representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad de La población adulta de Guadalajara, México. *Atención Primaria*, 42(3), pp. 154-161.
- Universidade Federal de Santa Catarina UFSC. (2016). *Boletim de Dados 2015 UFSC*. Disponível em: <<http://dpgi.proplan.ufsc.br/files/2013/02/Boletim-de-Dados-2015.pdf>>. Acessado em: 19 jun 2016.
- Vala, J. (2000). Representações sociais e Psicologia do conhecimento. In J. Vala & M. B. Monteiro (Eds.), *Psicologia Social*. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian. 4. ed., p. 335-384.

- Vala, J. (2004). Representações sociais e a psicologia social do conhecimento cotidiano. In: J. Vala & M. B. Monteiro (Orgs.), *Psicologia social*. 6ª ed. (pp. 457-502). Lisboa: Calouste Gulbenkian.
- Vala, J. (2006). Representações sociais e a psicologia social do conhecimento cotidiano. In: J. Vala & M. B. Monteiro (Orgs.), *Psicologia social*. 7ª ed. (pp. 457-502). Lisboa: Calouste Gulbenkian.
- Van Dijk, A. P., Toet, J., & Verdurmen, J.E., 2004. The relationship between health-related quality of life and two measures of alcohol consumption. *J. Stud. Alcohol*. 65 (2), 241–249.
- Veloz, M.C.T.; Nascimento-Schulze, C.M.; Camargo, B.V. (1999). Representações sociais do envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12 (2), 479-501.
- Vergès, P. (1992). L'évocation de l'argent: une méthode pour la définition du noyau central de la représentation. *Bulletin de Psychologie*, 45, 203-209.
- Vèrges, P. (1997). SIMI – *analyse de similitude de questionnaires et de donnees numeriques*: manuel version 1.2. Aix-emProvence: LAMES.
- Vergès, P., Scano, S., & Junique, C. (2002). *Ensembles de programmes permettant l'analyse des evocations*. Aix en Provence : Université Aix en Provence (Manual).
- Zanin, F. da C., Künzle, L. A., Perna, P. de O., & Muntsch, S. M. A. (2015). Política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público no Brasil. *Revista Universidade e Sociedade ANDES-SN*, 55, pp. 86-95.
- Wachelke, J. F. R. & Camargo, B. V. (2007). Representações sociais, representações individuais e comportamento. *Revista Interamericana de Psicologia*, 41 (2), 379-390.

- Wachelke, J. F. R. & Wolter, R. (2011). Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 27 (4), 521-526.
- Wachelke, J. (2012). Social representations: a review of theory and research from the structural approach. *Universitas Psychologica*, 11, 729-741.
- Wagner, W. (1994). Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. In P. Guareschi, & S. Jovchelovitch (Eds.), *Textos em representações sociais* (pp.149-186). Petrópolis: Vozes.
- Wagner, W. (2003). People in action and social representations: a comment on Jaan Valsiner's (2003) "theory of enablement". *Papers on Social Representations*, 12, 8.1-8.7.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2007). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Wolf, M. (1999). *Teorias da Comunicação*. Lisboa: Presença.
- World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Genebra: WHO.
- World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter*. Ontario: WHO.
- World Health Organization. (2004). Resolution WHA57.17. *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Genebra: WHO.
- World Health Organization. (2005). *Fruit and vegetables for health Report of a Joint FAO-WHO Workshop 1-3 september Kobe Japan*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Genebra: WHO.



- World Health Organization. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2011a). *Noncommunicable diseases country profiles 2011*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2011b). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2011c). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2013a). *The top 10 causes of death*. Fact sheet n.º 310. Geneva: WHO. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html>>. Acessado em: 15 jan 2014.
- World Health Organization. (2013b). *World Health Statistics 2013*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2013c). *What are social determinants of health?* Geneva: WHO. Disponível em: <[http://www.who.int/social\\_determinants/sdh\\_definition/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/index.html)>. Acessado em: 15 jan 2014.
- World Health Organization. (2013d). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2013e). *Tobacco*. Fact sheet n.º 339. Geneva: WHO. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>>. Acessado em: 16 jan 2014.
- World Health Organization. (2013f). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013 Country profile Brazil*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2013g). *World Health Statistics 2013 Indicator compendium*. Geneva: WHO.

- World Health Organization. (2013h). *Physical inactivity - Global Health Observatory Data Repository*. Geneva: WHO. Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/view.main.2482?lang=en>>. Acessado em: 16 jan 2014.
- Wulsin, L., Alterman, T., Bushnell, P. T., Li, J., & Shen, R. (2014). Prevalence rates for depression by industry: a claims database analysis, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 49, pp. 1805–1821.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Questionário

Universidade Federal de Santa Catarina  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Esta pesquisa está vinculada ao Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição (LACCOS) e, por meio dela, desejamos conhecer o que você pensa e faz em relação à sua saúde. Pedimos sua contribuição, respondendo a todas as questões abaixo. Sua participação é voluntária e suas respostas são anônimas, jamais elas serão divulgadas individualmente. Esta atividade é individual. Em caso de dúvida, chame a pessoa responsável, que estará à disposição para esclarecimentos. **Não existem respostas certas ou erradas**, o importante é o que você pensa sobre o assunto.

1. Quais são as cinco primeiras palavras que lhe vêm à mente quando você lê a palavra “SAÚDE”?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

2. Dentre as cinco palavras que você indicou, escolha duas que considera as mais importantes:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

3. Por que você escolheu estas duas palavras como as mais importantes?

---



---



---



---



---



---



---

4. Agora escreva as cinco primeiras palavras que lhe vêm à mente quando você lê a expressão “PRÁTICAS DE SAÚDE”?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

5. Dentre as cinco palavras que você indicou, escolha duas que considera as mais importantes:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

6. Por que você escolheu estas duas palavras como as mais importantes?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

7. O que é saúde para você?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

8. Em geral, você diria que a sua saúde é:

( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito ruim

9. Em geral, você diria que a sua qualidade de vida é:

( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito ruim

10. Em geral, como você classificaria sua saúde física?

( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito ruim

11. Em geral, como você classificaria a sua saúde mental, incluindo seu humor e sua capacidade de pensar?

( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito ruim

12. Você tem alguma doença crônica? (Ex.: diabetes, pressão alta (hipertensão), colesterol total elevado (dislipidemia) doenças renais, cardiovasculares, respiratórias etc.)? ( ) Sim ( ) Não  
Em caso afirmativo, cite:

\_\_\_\_\_.

13. Qual seu peso, aproximadamente? \_\_\_\_\_.

14. Qual sua altura? \_\_\_\_\_.

15. Em quantos dias da semana você costuma comer frutas?

( ) 1 a 2 dias por semana

( ) 3 a 4 dias por semana

( ) 5 a 6 dias por semana

( ) todos os dias

( ) nenhum dia

16. Em um dia comum, quantas porções você come de frutas? (Para auxiliar na resposta, veja o que equivale a 1 porção de cada fruta na tabela abaixo).

( ) 1 porção

( ) 2 porções

( ) 3 ou mais porções

( ) nenhuma porção

<b>Frutas</b>	<b>1 Porção equivale a</b>
Banana-prata	1 unidade
Maçã	
Laranja-pêra	
Pêra	
Goiaba	½ unidade
Mamão-papaia	½ unidade
Mamão-formosa	1 fatia
Abacaxi	1 fatia
Melão	2 fatias
Melancia	2 fatias

Fonte: Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2005)

17. Em quantos dias da semana você costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume? (Exemplos: alface, tomate, beterraba, cenoura, brócolis, berinjela, abobrinha – **não considerar batata, mandioca ou inhame**)

- ( ) 1 a 2 dias por semana  
 ( ) 3 a 4 dias por semana  
 ( ) 5 a 6 dias por semana  
 ( ) todos os dias  
 ( ) nenhum dia

18. Em um dia comum, quantas porções você come de verduras e legumes? (**não considerar batata, mandioca ou inhame**). (Para auxiliar na resposta, veja o que equivale a 1 porção de cada verdura e legume na tabela abaixo)

- ( ) 1 porção  
 ( ) 2 porções  
 ( ) 3 ou mais porções  
 ( ) nenhuma

<b>Verduras e Legumes</b>	<b>1 Porção equivale a</b>
Tomate comum	4 fatias
Beterraba cozida	3 fatias
Beterraba crua ralada	2 colheres de sopa
Cenoura crua picada	1 colher de servir
Cenoura cozida	7 fatias
Alface	15 folhas
Rúcula	15 folhas
Brócolis cozido	4 ½ colheres de sopa
Couve-flor cozida	3 ramos
Abobrinha cozida	3 colheres de sopa

Fonte: Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2005)

19. Você costuma praticar exercício físico ou esporte:

- ( ) 1 a 2 dias por semana  
 ( ) 3 a 4 dias por semana  
 ( ) 5 a 6 dias por semana  
 ( ) todos os dias  
 ( ) não pratico (pule as questões 20 e 21)

20. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que você pratica? (ANOTAR APENAS UM)

<input type="checkbox"/> caminhada (não vale deslocamento para trabalho)	<input type="checkbox"/> natação
<input type="checkbox"/> caminhada em esteira	<input type="checkbox"/> artes marciais e luta (jiu-jitsu, caratê, judô)
<input type="checkbox"/> corrida	<input type="checkbox"/> bicicleta
<input type="checkbox"/> corrida em esteira	<input type="checkbox"/> futebol
<input type="checkbox"/> musculação	<input type="checkbox"/> basquetebol
<input type="checkbox"/> ginástica aeróbica (spinning, step, jump)	<input type="checkbox"/> voleibol
<input type="checkbox"/> hidroginástica	<input type="checkbox"/> tênis
<input type="checkbox"/> ginástica em geral (alongamento, pilates, ioga)	<input type="checkbox"/> outros: _____

21. No dia em que você pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura essa atividade?

- ☐ menos que 10 minutos  
☐ entre 10 e 19 minutos  
☐ entre 20 e 29 minutos  
☐ entre 30 e 39 minutos  
☐ entre 40 e 49 minutos  
☐ entre 50 e 59 minutos  
☐ 60 minutos ou mais

22. Se você **não** pratica exercícios físicos, quais os motivos para não fazê-lo?

---



---



---



---



---

23. Atualmente você fuma algum produto do tabaco?

- ☐ Sim. Possui interesse em parar? ☐ Sim ☐ Não  
☐ Não

24. No passado, você já fumou algum produto do tabaco?

( ) Sim

( ) Não

25. Nos últimos 30 dias, você chegou a consumir **5** (se você é do sexo masculino) / **4** (se você é do sexo feminino) ou mais doses de bebida alcoólica EM UMA ÚNICA OCASIÃO? (1 dose equivale a 1 lata de cerveja, 1taça de vinho ou 1 dose de cachaça, *whisky* ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)

( ) Sim

( ) Não

26. Caso você considere adotar outras práticas de saúde, descreva-as abaixo.

---

---

---

---

---

27. Como você busca orientações/informações sobre como ser saudável? (Pode assinalar mais de um item. Neste caso, **circule** aquele que você considera mais importante).

( ) por meio da televisão ( ) com amigos ( ) com profissionais da saúde

( ) por meio da internet ( ) outros:\_\_\_\_\_.

28. Quando você tem um problema de saúde, faz algo de forma independente (sem procurar serviços de saúde, médicos etc)? O quê? (Pode assinalar mais de um item. Neste caso, **circule** aquele que você considera mais importante).

( ) usa medicamentos ( ) usa homeopatia ( ) busca apoio espiritual

( ) modifica hábitos ( ) não faço nada

( ) outros:\_\_\_\_\_.



29. Quando você tem um problema de saúde, onde e a quem recorre? (Pode assinalar mais de um item em cada coluna. Neste caso, em cada coluna, **circule** aquele item que você considera mais importante).

**Onde recorre**

- ( ) Posto ou centro de saúde  
 ( ) Ambulatório/consultório de Clínica  
 ( ) Ambulatório de Hospital  
 ( ) Farmácia  
 ( ) Pronto-socorro ou emergência  
 ( ) Centro religioso  
 ( ) outros: \_\_\_\_\_  
 ( ) Nenhum local

**A quem recorre**

- ( ) Médico  
 ( ) Familiar  
 ( ) Amigo  
 ( ) Farmacêutico  
 ( ) Colega de trabalho  
 ( ) Agente comunitário de saúde  
 ( ) outros: \_\_\_\_\_  
 ( ) Não expresse meu problema

30. Você considera que a sua condição de saúde possui alguma relação com o seu trabalho?

- ( ) Sim  
 ( ) Não

31. Se sim, qual(is) relação(ões)?

---



---



---



---



---

**Por último, gostaríamos de mais algumas informações.**

32. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

33. Idade: \_\_\_\_\_.

34. Carga horária de trabalho (semanal):\_\_\_\_\_.

35. Escolaridade:

- ( ) Ensino fundamental completo (1º. Grau completo)  
 ( ) Ensino médio em curso (2º. Grau incompleto)  
 ( ) Ensino médio completo (2º. Grau completo)  
 ( ) Ensino superior em curso (3º. Grau incompleto) Curso:\_\_\_\_\_  
 ( ) Ensino superior completo (3º. Grau completo) Curso: \_\_\_\_\_.

36. Categoria:

**Técnico-Administrativo  
em Educação**

- ( ) Nível de apoio; Cargo: \_\_\_\_\_  
 ( ) Nível médio; Cargo: \_\_\_\_\_  
 ( ) Nível superior; Cargo: \_\_\_\_\_

**Docente**

- ( ) Professor Titular  
 ( ) Professor Associado  
 ( ) Professor Adjunto  
 ( ) Professor Assistente  
 ( ) Professor Auxiliar

37. Qual a sua renda familiar?

- ( ) menos de R\$ 1500,00  
 ( ) de R\$ 1501,00 a R\$ 3000,00  
 ( ) de R\$ 3001,00 a R\$ 5000,00  
 ( ) de R\$ 5001,00 a R\$ 7000,00  
 ( ) acima de R\$ 7000,00

38. Qual é o seu estado civil? (marcar apenas 1 resposta)

- ( ) Solteiro      ( ) Casado      ( ) Viúvo  
 ( ) Divorciado      ( ) Separado      ( ) União estável

39. Com quem você reside? (pode marcar mais de uma opção)

- ( ) marido/companheiro (a)      ( ) irmãos      ( ) pais  
 ( ) filhos      ( ) netos      ( ) amigos  
 ( ) outros \_\_\_\_\_

40. Você possui plano de saúde?

- ( ) Sim  
 ( ) Não

41. Você gostaria de escrever mais alguma coisa sobre o assunto abordado neste questionário?

---

---

---

---

---

***Muito obrigada pela sua participação!***

## APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade  
Federal de Santa Catarina

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada **“Representações sociais e práticas de saúde de servidores públicos”**, a qual tem por objetivo investigar, por meio de um questionário, o que pensam os participantes sobre saúde e quais práticas de saúde adotam. Esta investigação intenta contribuir para o desenvolvimento científico e recolher dados para a elaboração de futuras ações que possam melhorar a qualidade de vida da população. Durante a aplicação do questionário, você estará acompanhado(a) por pesquisadora habilitada a responder as suas dúvidas. **A participação é voluntária**, ou seja, você tem plena liberdade para recusar-se a participar ou retirar seu consentimento. É provável que a pesquisa permita uma reflexão acerca de vivências envolvendo sua saúde, que poderão gerar desconforto e mal-estar. Nesse caso, você será encaminhado ao Serviço de Atendimento Psicológico da Universidade Federal de Santa Catarina (SAPSI/UFSC).

Caso você aceite participar, solicitamos a permissão para que possamos utilizar o questionário respondido por você, lembrando que suas respostas individuais nunca serão divulgadas. Apenas a pesquisadora terá acesso a elas, garantindo o sigilo e a sua privacidade. Informamos que, a qualquer momento, sem penalização alguma, você poderá desistir da participação da pesquisa e, nesse caso, seus dados não serão utilizados.

Se você tiver alguma dúvida ou necessidade de algum esclarecimento sobre o trabalho que será realizado, entre em contato com a pesquisadora responsável, Andréa Barbará da Silva Bousfield, (Telefone: (48) 3721-9067 /e-mail:andreabs@gmail.com) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Telefone: (48) 3721-9206 / e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br).

Eu, Andréa Barbará da Silva Bousfield, pesquisadora responsável, declaro que esta pesquisa cumpre as exigências do item IV.3 da resolução CNS n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, e foi

aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

Assinatura do Pesquisador

Eu, Sr(a)....., considero-me informado(a) sobre a pesquisa “**Representações sociais e práticas de saúde de servidores públicos**”, tendo recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e autorizo minha participação, consentindo que o questionário seja aplicado e utilizado para a coleta e análise de dados.

---

Assinatura do Participante

Caso você tenha interesse em receber os resultados da pesquisa, por favor, informe seu e-mail que entraremos em contato para uma devolutiva.

E-mail:

---

## APÊNDICE C – Ilustração procedimento de coleta de dados

Nesta parte da pesquisa, são expostas as figuras que ilustram o procedimento de coleta de dados, descritas na subseção denominada PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.



Figura 10. Mensagem de agradecimento pela participação nessa pesquisa.

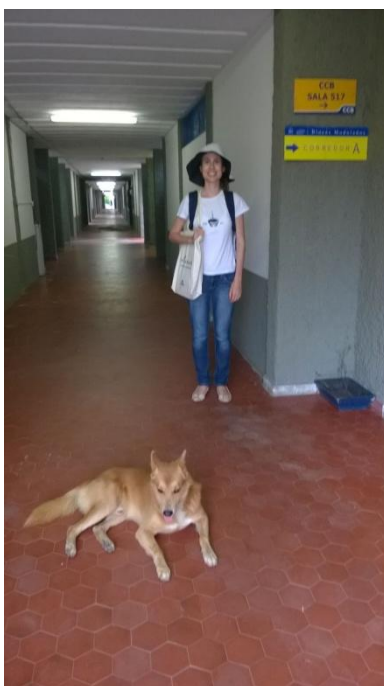


Figura 11. Coleta de dados no Centro de Ciências Biológicas.